

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Juliana Beatriz Ferst Strapasson

**DEFICIENTES FÍSICOS PRATICANTES DE ESPORTES
PARAOLÍMPICOS:
UMA ANÁLISE PSICOSSOCIAL E ESTRUTURAL**



CURITIBA

2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**DEFICIENTES FÍSICOS PRATICANTES DE ESPORTES
PARAOLÍMPICOS:
UMA ANÁLISE PSICOSOCIAL E ESTRUTURAL.**

CURITIBA

2007

Juliana Beatriz Ferst Strapasson

**DEFICIENTES FÍSICOS PRATICANTES DE ESPORTES
PARAOLÍMPICOS:
UMA ANÁLISE PSICOSOCIAL E ESTRUTURAL.**

**Monografia apresentada como requisito
parcial para conclusão do Curso de
Bacharel em Educação Física, do
Departamento de Educação Física, Setor
de Ciências Biológicas, da Universidade
Federal do Paraná.
Orientador: Cláudio Portilho MArques**

CURITIBA
2007

AGRADECIMENTOS

Aos 81 atletas participantes da pesquisa e aos diretores e técnicos que permitiram a coleta de dados.

Aos pais, amigos e colegas que sempre apoiaram e ajudaram no que fosse necessário.

As professoras das disciplinas de seminário de monografia A e B e ao professor orientador pela ajuda e apoio.

E em especial aos atletas e técnico a equipe de bocha da Associação dos Deficientes Físicos do Paraná, pela oportunidade de convívio e crescimento ao longo dos anos.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	vii
RESUMO.....	viii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA.....	1
1.2 OBJETIVOS	2
1.3 JUSTIFICATIVA	3
2 REVISÃO DE LITERATURA	4
2.1 A DEFICIÊNCIA FÍSICA.....	4
2.1.1 Causas das deficiências físicas.....	6
2.1.2 Tipos de deficiências físicas.....	6
2.1.2.1 Amputação	6
2.1.2.2 Distrofia muscular progressiva	7
2.1.2.3 Espinha bífida.....	8
2.1.2.4 Imperfeições congênitas.....	9
2.1.2.5 Lesões medulares	10
2.1.2.6 Paralisia cerebral.....	11
2.1.2.7 Poliomielite.....	14
2.1.2.8 Outras deficiências físicas.....	15
2.2 A DEFICIÊNCIA FÍSICA E A SOCIEDADE	15
2.3 O PARADESPORTO E O DEFICIENTE FÍSICO	20
2.3.1 As paraolimpíadas.....	24
2.3.1.1 As modalidades paraolímpicas.....	26
2.3.1.1.1 Atletismo.....	26
2.3.1.1.2 Arco e flecha	27
2.3.1.1.3 Basquetebol em cadeira de rodas.....	27
2.3.1.1.4 Bocha	28
2.3.1.1.5 Ciclismo.....	29
2.3.1.1.6 Esgrima	30
2.3.1.1.7 Futebol de sete.....	31
2.3.1.1.8 Halterofilismo.....	31
2.3.1.1.9 Hipismo (equitação).....	32

2.3.1.1.10 Natação	33
2.3.1.1.11 Remo	34
2.3.1.1.12 Rúgbi em cadeira de rodas	34
2.3.1.1.13 Tênis em cadeira de rodas	35
2.3.1.1.14 Tênis de mesa	35
2.3.1.1.15 Tiro	36
2.3.1.1.16 Vela	37
2.3.1.1.17 Voleibol.....	38
2.3.2 A organização internacional do desporto paraolímpico	39
2.3.3 A organização nacional do desporto paraolímpico.....	40
2.3.3.1 Clubes e associações de deficientes físicos	41
2.4 O ABANDONO PARADESPORTIVO	41
3 METODOLOGIA	48
3.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	48
3.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS.....	48
3.3 ANÁLISE E ESTATÍSTICA.....	49
4 RESULTADO E DISCUSSÕES	50
4.1 Perfil do grupo	50
4.2 Resultados por modalidades.....	52
4.2.1 Atletismo.....	52
4.2.2 Basquetebol em cadeira de rodas.....	55
4.2.3 Bocha	57
4.2.4 Esgrima	60
4.2.5 Halterofilismo.....	62
4.2.6 Natação.....	64
4.2.7 Remo.....	68
4.2.8 Tênis de mesa.....	70
4.2.9 Tiro	72
4.2.10 Voleibol.....	73
4.3 Resultado Geral	76
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS.....	83
ANEXOS	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos atletas por modalidade.....	50
Quadro 2- Distribuição dos atletas por tempo de prática	51
Quadro 3- Distribuição dos atletas por deficiência físico-motora.....	52
Quadro 4 - Dificuldades encontradas pelos atletas - Atletismo	53
Quadro 5 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte - Atletismo.....	54
Quadro 6 - Dificuldades encontradas pelos atletas - Basquete em cadeira de rodas	56
Quadro 7 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte - Basquete em cadeira de rodas.....	57
Quadro 8 - Dificuldades encontradas pelos atletas - Bocha.....	58
Quadro 9 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte - Bocha	59
Quadro 10 - Dificuldades encontradas pelos atletas - Esgrima.....	60
Quadro 11 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte - Esgrima	62
Quadro 12 - Dificuldades encontradas pelos atletas – Halterofilismo	63
Quadro 13 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte - Halterofilismo.....	64
Quadro 14 - Dificuldades encontradas pelos atletas - Natação.....	65
Quadro 15 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte - Natação.....	67
Quadro 16 - Dificuldades encontradas pelos atletas – Remo	68
Quadro 17 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte - Remo.....	69
Quadro 18 - Dificuldades encontradas pelos atletas – Tênis de mesa.....	70
Quadro 19 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte – Tênis de mesa	71
Quadro 20 - Dificuldades encontradas pelos atletas – Tiro.....	72
Quadro 21 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte - Tiro	73
Quadro 22 - Dificuldades encontradas pelos atletas - Voleibol	74
Quadro 23 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte - Voleibol.....	75
Quadro 24 - Dificuldades encontradas pelos atletas - Geral.....	77
Quadro 25 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte - Geral.....	79

RESUMO

O paradesporto vem conquistando um espaço cada vez maior no cenário nacional e mundial, com isso tem-se evidenciado a necessidade de melhoria das condições de treinamento e também de um melhor suporte para o atleta dedicar-se às atividades esportivas. Sabendo que a falta de condições muitas vezes leva os atletas, profissionais e amadores, ao abandono do paradesporto, este estudo teve como objetivo geral verificar as principais dificuldades dos deficientes físicos da Associação dos Deficientes Físicos do Paraná (ADFP) e do Clube Esportivo dos Deficientes (CEDE) para a prática de esportes paraolímpicos, e quais os motivos os levariam ao abandono do esporte. Por objetivo específico, o propósito do estudo foi verificar quais são as principais dificuldades encontradas por estes atletas, profissionais e novatos, para treinar e competir, além dos fatores psicológicos, sociais e estruturais que os levariam ao abandono do esporte. Participaram da presente pesquisa 81 atletas de 10 modalidades paraolímpicas, o que corresponde a 77,88% dos para-atletas da cidade de Curitiba. Todos apresentam deficiência físico-motora, sendo 40,74% usuários de cadeira de rodas e 59,25% não usuários de cadeira de rodas; em relação ao gênero, a predominância é de atletas do sexo masculino. Os dados foram coletados através de dois questionários formulados pela autora do projeto e validados, que visam conhecer o perfil do grupo (tipo de deficiência físico-motora, gênero, modalidade, tempo de prática e experiência na modalidade) e verificar quais são as principais dificuldades encontradas pelos atletas, para treinar e competir, além dos fatores psicológicos, sociais e estruturais que os levariam ao abandono do esporte. Para que fosse possível aplicar os questionários com o maior número possível de atletas, a coleta de dados foi realizada via telefone e no local de treinamento de cada modalidade. Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, composta por procedimentos de média, desvio padrão e distribuição de frequência. Quando verificadas as respostas de todos os atletas, percebemos que os fatores que lhes causam maiores dificuldades (somados os itens “difícil” e “difícil muito”) são: patrocínio (71,60%), falta de treino (59,25%) e transporte para competição (50,61%). Em relação aos fatores mais relevantes para a desistência esportiva, somados os graus de importância (“importante” e “decisivo”), os itens mais relevantes foram: falta de patrocínio (61,72%), problemas com saúde ou lesões (59,25%), falta de treinamento (56,25%) e falta de prazer (51,84%), sendo que este último teve o maior número de respostas decisivas (34,56%).

PALAVRAS-CHAVE: DEFICIENTES FÍSICOS, ESPORTE PARAOLÍMPICO, DESISTÊNCIA ESPORTIVA.

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

De acordo com Cidade e Freitas (2002), o desporto para pessoas com deficiência física surgiu com a necessidade de a sociedade reabilitar seus indivíduos traumatizados vertebromedulares pela 1ª e 2ª Grande Guerra Mundial. A partir daí, a atividade física passou a ser reconhecida no auxílio a reabilitação e o desporto para deficientes tornou-se uma realidade.

Para que fosse possível a participação de deficientes físicos em eventos competitivos, várias modalidades foram adaptadas ou criadas, podendo assim ser praticadas por deficientes físicos como lesados medulares, lesados cerebrais, pessoas com poliomielite, amputados, dentre outros (MELO; LÓPEZ, 2002).

A história do paradesporto se iniciou na Inglaterra, a partir de 1944, com a inauguração do Hospital Stoke Mandeville pelo Dr. Ludwig Guttmann (MATTOS, 1994; SOUZA, 1994; CIDADE; FREITAS, 2002; MELO; ALONSO LÓPEZ, 2002; MOURA E CASTRO, 2002; ITANI; ARAÚJO; ALMEIDA, 2004; ADD¹, 2006a; ABRADECAR², 2007b; CPB³, 2007a; IPC⁴ 2007c).

As modalidades esportivas adaptadas são baseadas na classificação funcional dos atletas, que “constitui-se em um fator de nivelamento entre os aspectos da capacidade física e competitiva, colocando as deficiências semelhantes em um grupo determinado” (CIDADE; FREITAS, 2002, p 106).

As modalidades paraolímpicas praticadas por deficientes físicos são: o atletismo, o arco e flecha, o basquetebol, o bocha, o ciclismo, a equitação (hipismo), a esgrima, o futebol, o halterofilismo, o iatismo, a natação, o rugby, o tiro, o tênis de campo, o tênis de mesa e o voleibol (CIDADE; FREITAS, 2002; ABRADECAR, 2007a; ANDE⁵, 2007). Além destas, o remo tornou-se mais uma modalidade paraolímpica, e sua estréia será realizada em Pequim, 2008 (IPC, 2007d).

¹ ADD - Associação Desportiva para Deficientes. Disponível em www.add.org.br

² ABRADECAR - Associação Brasileira de Desportos em Cadeira de Rodas. Disponível em www.abradecar.org.br

³ CPB – Comitê Paraolímpico Brasileiro. Disponível em www.cpb.org.br

⁴ IPC – International Paralympic Committee. Disponível em: <http://www.paralympic.org>

⁵ ANDE - Associação Nacional de Desporto para Excepcionais. Disponível em www.ande.org.br

O paradesporto, assim como as práticas recreativas para deficientes, “vem conquistando um espaço cada vez maior no cenário nacional e no cenário mundial” (SAMULSKI; NOCE, 2002, p. 99). Assim, de acordo com Samulski e Noce (2002) tem-se evidenciado a necessidade de melhoria das condições de treinamento e também de um melhor suporte para o atleta dedicar-se às atividades esportivas.

A escolha de uma modalidade esportiva, assim como sua manutenção nela,

pode depender em grande parte das oportunidades que são oferecidas aos portadores de deficiência física, da sua condição sócio-econômica, das suas limitações e potencialidades, das suas preferências esportivas, facilidade nos meios de locomoção e transporte, de materiais e locais adequados, do estímulo e respaldo familiar, de profissionais preparados para atendê-los, dentre outros fatores (MELO; LOPES, 2002, p. irreg.).

Sabendo de tais fatores, e sabendo que a falta de tais condições muitas vezes levam os atletas (profissionais e amadores) ao abandono do paradesporto, surge a seguinte questão: Quais são as principais dificuldades encontradas pelos deficientes físicos praticantes de esportes paraolímpicos da Associação dos Deficientes Físicos do Paraná (ADFP) e do Clube Esportivo dos Deficientes (CEDE) para treinar, e quais motivos levariam os mesmos ao abandono do esporte?

1.2 OBJETIVOS

Com base em tal dúvida, este estudo tem como objetivo geral verificar as principais dificuldades dos deficientes físicos da Associação dos Deficientes Físicos do Paraná (ADFP) e do Clube Esportivo dos Deficientes (CEDE) para a prática de esportes paraolímpicos, e quais os motivos os levariam ao abandono do esporte.

Por objetivo específico, o estudo tem como objetivo levantar dados sobre quais são as principais dificuldades encontradas por estes atletas, profissionais e novatos, para treinar, além dos fatores psicológicos, sociais e estruturais que os levariam ao abandono do esporte.

1.3 JUSTIFICATIVA

A escolha deste tema deve-se a participação, por três anos, da autora da presente pesquisa no projeto de extensão universitária “Atividades Motora Adaptada a Pessoas com Necessidades Especiais”, onde é realizado o auxílio no treinamento de diversas modalidades paraolímpicas da Associação de Deficientes Físicos do Paraná, incluídos no projeto. Trabalhando com diferentes modalidades e diferentes deficiências físicas, e viajando com as equipes para a participação de campeonatos regionais e nacionais, é possível observar as dificuldades encontradas pelos atletas para poder treinar e competir, assim como a desistência de muitos atletas por diferentes motivos.

O abandono do esporte paraolímpico pode se dar, não somente, por motivos psicológicos, mas também por dificuldades sócio-estruturais enfrentadas pelos deficientes físicos, fatores estes, muitas vezes desconhecidos dos profissionais da área. Saber realmente quais fatores dificultam o treinamento e, principalmente, que levariam os praticantes a desistência, é importante para que as providências necessárias sejam tomadas para minimizar e/ou impedir o abandono.

A escassez de trabalhos relacionados, e o interesse por este assunto, são motivos pelo qual foi escrito, pela presente autora, o artigo intitulado “Fatores psicossociais que dificultam treinamento e competição de atletas de bocha adaptada” (STRAPASSON, 2007) para descobrir as principais dificuldades encontradas pelos atletas desta modalidade para treinar e competir. No presente trabalho, a intenção é entrevistar não somente os atletas de bocha adaptada, mas todos os atletas praticantes de modalidades paraolímpicas da Associação dos Deficientes Físicos do Paraná (ADFP) e do Clube Esportivo dos Deficientes (CEDE) e verificar, não unicamente as dificuldades encontradas para treinamento e competição, mas também quais motivos os levariam a desistência, fazendo assim, um trabalho mais completo, contribuindo mais para a compreensão desta temática.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A DEFICIÊNCIA FÍSICA

Desde 1991, graças à promulgação da Lei nº 7.853, de outubro de 1989, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística passou a pesquisar o número de deficientes existentes no Brasil podendo, desde então, identificar a prevalência destes na população brasileira.

Em 2000, quando a população brasileira era de 169,8 milhões de pessoas, o Censo revelou que 24,6 milhões delas apresentavam pelo menos uma deficiência, o que correspondia a 14,5% da população da época (IBGE, 2007a). O mesmo verificou que, entre as pessoas com deficiências, 22,9% apresentavam deficiência física e 4,1% deficiência motora (IBGE, 2007b). Ao somarmos o número de deficientes físicos com o de deficientes motores, tínhamos um total de 27% de pessoas com dificuldades físicas, ou seja, 6,64 milhões de brasileiros.

Mas o que são pessoas deficientes?

De acordo com o artigo 1º da Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, de 09 de dezembro de 1975, da Organização das Nações Unidas (2007), “o termo ‘pessoas deficientes’ refere-se a qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência, congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais”.

Segundo o artigo 3º, do Decreto Federal nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, em seu parágrafo I, deficiência é definida como “[...] toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano” (BRASIL, 2005, p.26); o parágrafo II define deficiência permanente como sendo “[...] aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos” (BRASIL, 2005, p.26); e o parágrafo III define a incapacidade como:

[...] uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida (BRASIL, 2005, p. 26).

O decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, em seu artigo nº 5, parágrafo I - a, define deficiência física como:

[...] alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2005, p. 79).

“De modo geral, são considerados deficientes físicos todos os indivíduos que possuem algum tipo de paralisia, limitação do aparelho locomotor, amputação ou malformação ou qualquer tipo de deficiência que interfira em sua locomoção, coordenação e fala” (SÃO PAULO, 1987, p. 7).

A deficiência motora “[...] caracteriza-se por um distúrbio da estrutura anatômica ou da função, que interfere na movimentação e/ou locomoção do indivíduo” (TELFORD; SAWREY apud MATTOS, 1994, p. 76).

Segundo Mattos (1994) e Cidade e Freitas (2002), os distúrbios motores são classificados como: Ortopédicos, referindo-se aos problemas dos músculos, ossos e/ou articulações; e Neurológicos, que se referem às deteriorações ou lesões do sistema nervoso central. “Quanto ao tempo de duração, esses distúrbios podem ser chamados de congênitos ou adquiridos; quanto à evolução, são considerados progressivos, permanentes ou crônicos” (MATTOS, 1994, p. 76). De acordo com Duarte e Werner (1995) apud Cidade e Freitas (2002, p. 59) “a deficiência é congênita quando a criança nasce portadora dessa deficiência e adquirida quando a pessoa, por algum motivo, sofre uma lesão (doenças, acidentes, etc.), tornando-se portadora de uma deficiência”.

2.1.1 Causas das Deficiências Físicas

As Deficiências Físicas podem manifestar-se de várias maneiras e resultar de vários fatores, apresentando uma grande multiplicidade de quadros motores.

A origem das deficiências físicas pode ser dividida em pré-natal, perinatal (durante o parto) e após o nascimento e podem ser causada por uma doença, que pode variar através de fatores genéticos, orgânicos ou hereditários, ou ainda, por acidentes (CIDADE; FREITAS, 2002; SÃO PAULO, 1987).

2.1.2 Tipos de Deficiências Físicas

De acordo com Mattos (1994, p.82) “cada patologia apresenta características particulares que podem se tornar um impedimento na vida do indivíduo como podem ser facilmente superadas ou ser motivo de prover a busca de independência e desenvolvimento”.

2.1.2.1 Amputação

É definida como ausência congênita ou retirada cirúrgica, total ou parcial, de um ou mais membros (MATTOS, 1994; BARAÚNA *et al.* 2006). Podem “[...] ter indicações eletivas, como nos casos das doenças e más-formações ou indicações de urgência, como em traumas importantes e infecções graves” (BARAÚNA *et al.* 2006, p. 84).

Esse tipo de intervenção se realiza com o objetivo de reduzir a invalidez, eliminar extremidades inúteis e salvar vidas. Díaz e Herrera (2006) relatam que a perda de uma extremidade pode ser consequência de uma lesão traumática, como cortes e queimaduras, ou por uma enfermidade que requeira uma intervenção cirúrgica, a exemplo do câncer, gangrenas e diabetes.

Em geral, as amputações adquiridas ocorrem nas pessoas de meia idade e em idosos devido a problemas circulatórios nos membros inferiores, por vezes precipitadas por diabetes. As principais causas das amputações adquiridas em crianças são o trauma, bem como o câncer e a infecção. Acidentes com carros, conflitos armados, guerras civis e explosões de minas terrestres contribuem

significativamente para o crescente número de amputados em todo o mundo (ARUIN, 2004, p. 501).

De acordo com Díaz e Herrera (2006, p. irreg.) “a autonomia das pessoas amputadas varia em função da extremidade afetada e do nível da amputação”. Em membros inferiores é possível utilizar próteses para recuperar o movimento funcional. Em membros superiores as próteses são de caráter mais estético que funcional.

2.1.2.2 Distrofia muscular progressiva

As distrofias musculares são doenças hereditárias que se caracterizam por uma desordem progressiva e degenerativa que atinge principalmente a musculatura próxima da cintura e dos membros, levando a incapacidade pela dificuldade ou ausência de contração muscular (SÃO PAULO, 1987; DISTROFIA..., 2007).

De acordo com Araújo *at al.* (2006) as distrofias musculares são causadas por um defeito genético, que conseqüentemente ocasiona um defeito muscular. É uma “doença hereditária recessiva ligada ao X causada por mutação na proteína distrofina, situada no braço curto do cromossomo X” (DISTROFIA..., 2007). “Por causa do defeito no músculo este não se contrai e relaxa normalmente, por isso ocorre à fraqueza. A maioria destes defeitos faz com que o músculo sofra um processo de destruição, chamado de degeneração muscular” (ARAÚJO *at al.*, 2006, p. 7).

“As distrofias musculares mais freqüentes são a distrofia muscular de Duchenne, a distrofia muscular de Becker, a distrofia das cinturas (também chamada de Erb), a distrofia miotônica (ou de Steinert), a distrofia fascio-escapulo-humeral (ou de Landouzy-Dejerine)” (ARAÚJO *at al.*, 2006, p. 6).

A distrofia muscular mais comum é a do tipo Duchenne, que ocorre somente em meninos (WERNER, 1994; DISTROFIA..., 2007) e “[...] leva os pacientes a perderem a capacidade de marcha entre os 8 e 12 anos de idade” (MELO; VALDÉS; PINTO, 2005, p 29).

A fraqueza inicialmente é das pernas (dos músculos que movimentam a coxa), fazendo com que estes meninos caiam com freqüência, não consigam correr tão

bem quanto os amigos de mesma idade, tenham dificuldade para subir escadas, e se levantem do chão com dificuldade. Costumam também andar nas pontas dos pés (ARAÚJO *at al.*, 2006, p. 7).

“Após a perda da marcha surgem deformidades em coluna e membros inferiores, o que interfere na independência funcional e auto-estima” (MELO; VALDÉS; PINTO, 2005, p 29).

A distrofia muscular de Becker é parecida com a de Duchenne e também acomete meninos, porém começa mais tarde, em geral, entre 5 e 25 anos de idade (ARAÚJO *at al.*, 2006). “Em ambos os casos, a morte ocorre por inanição, problemas respiratórios ou cardíacos” (SÃO PAULO, 1987, p. 11).

A distrofia das cinturas ocorre em ambos os sexos. Pode começar em crianças, em adolescentes ou em adultos. Pode dar mais fraqueza nos músculos das pernas ou nos músculos dos braços.

A distrofia muscular miotônica acontece em adultos mais freqüentemente, mas pode acontecer também em bebês, filhos de mães com esta distrofia. Ocorre em ambos os sexos. Os músculos da face e os das mãos são os principais envolvidos nos adultos que também apresentam dificuldade de relaxamento dos músculos como se fossem câimbras. Esta forma de distrofia não se limita ao músculo, é uma doença que também provoca catarata em pessoa jovem e defeitos do ritmo do coração (arritmias). Nos bebês com distrofia miotônica ela é uma doença mais grave que nos adultos.

A distrofia fascio-escapulo-humeral começa pela face. A pessoa tem uma mímica facial pouco expressiva e apenas anos mais tarde aparece fraqueza nos braços. Esta distrofia ocorre em ambos os sexos e começa em geral no final da infância (após os 7 anos) ou na adolescência.

Estas distrofias também são diferentes entre si pelo defeito genético e conseqüente defeito no músculo e da forma como são herdadas (ARAÚJO *at al.*, 2006, p. 7).

2.1.2.3 Espinha bífida

Malformação congênita descrita por Mattos (1994, p. 76) como “[...] a alteração do fechamento de um ou mais arcos vertebrais, que pode resultar em distúrbios neurológicos além de desvios da estrutura óssea”. É um processo que começa no início do desenvolvimento do feto, no primeiro mês de gestação (WERNER, 1994; DÍAZ; HERRERA, 2006).

Dependendo do grau, a espinha bífida se apresenta de diferentes formas, podendo ser oculta, meningocele e mielomeningocele.

Espinha bífida oculta é a alteração mais leve e não apresenta sintomas, na qual o defeito é apenas no arco ósseo, sendo perceptível só com exames de raio-X (MATTOS, 1994; CUNHA *et al.* 2005; DÍAZ; HERRERA, 2006).

Sendo tratada de forma correta, a meningocele raramente deixa seqüelas. É formada por “[...] um tumor com protusão sacular junto à coluna vertebral, o qual contém líquido, porém a medula e as raízes nervosas permanecem em posição normal [...]” (MATTOS, 1994, p. 76).

A afetação mais grave é a mielomeningocele, onde há protrusão de elementos neurais e de meninges, levando quase sempre a lesões medulares parciais e/ou totais (MATTOS, 1994; CUNHA *et al.* 2005).

Os defeitos na fusão dos arcos vértebras, de acordo com Cunha *et al.* (2005, p. 269), “[...] ocorre como consequência da associação de fatores genéticos e ambientais, sendo que muitas causas têm sido propostas, tais como deficiência de folato, diabetes materna, deficiência de zinco e ingestão de álcool durante os três primeiros meses de gravidez”.

2.1.2.4 Imperfeições congênitas

Além de imperfeições ósseas, que são caracterizadas pela fragilidade dos ossos, vários outros tipos de imperfeições e malformações congênitas podem ocorrer. As mais comuns entre elas são o lábio leporino e fissura palatina, dedos supranumerários nas mãos e/ou nos pés, dedos ligados por membranas, membros mais curtos e amputações congênitas (falta de um ou ambos os membros superiores ou inferiores ou falta de parte deles) (SÃO PAULO, 1987; WERNER, 1994).

Segundo Cunha *et al.* (2005, p. 268) “As malformações congênitas (MC) pesam de modo considerável nas estatísticas de morbidade e mortalidade perinatais devido ao aumento das taxas de incidência” “[...] sendo, além disso, encontradas em grande percentagem entre os abortamentos, sugerindo ser essa a evolução natural de grande parte das gestações com anomalias embrionárias” (DIAS; CASTRO; BOA HORA, 1997, p. 177).

“Pouco se conhece sobre a etiologia das malformações congênitas. Sabe-se, por exemplo, que a herança mendeliana é, das causas genéticas, a de maior

incidência” (DIAS; CASTRO; BOA HORA, 1997, p. 177). Além da causa genética, outros fatores podem contribuir para a incidência das imperfeições congênitas, como a alimentação precária da mãe nos primeiros meses de gravidez, endocrinopatias maternas, ingestão de drogas e exposição da mãe a produtos químicos, idade avançada da mãe e infecções por vírus (como o vírus da rubéola, o HIV, o HSV, CMV, o *Treponema pallidum* e o *Toxoplasma gondii*) (WERNER, 1994, DIAS; CASTRO; BOA HORA, 1997). “A infecção congênita pelo Papilomavirus humano (HPV), embora seja um tema ainda pouco relatado na literatura, já está bem definida por alguns estudos” (DIAS; CASTRO; BOA HORA, p. 177).

Apesar das várias imperfeições físicas “as cirurgias e o uso de próteses podem minimizar esses problemas” (SÃO PAULO, 1987, p. 13).

2.1.2.5 Lesões medulares

A lesão medular (LM) é uma das formas mais graves entre as síndromes incapacitantes, pois a medula espinhal é uma via de comunicação entre o cérebro e as diversas partes do corpo humano, funcionando como um centro regulador, que controla as mais importantes funções, como a respiração, a circulação, a bexiga, o intestino, o controle térmico e a atividade sexual (GIANINI; CHAMLIAN; ARAKAKI, 2006).

A lesão medular traumática resulta em lesão das estruturas medulares interrompendo a passagem de estímulos nervosos por meio da medula. Esta lesão pode se dar de forma completa ou incompleta (LESÃO..., 2007). Conforme Mattos (1994, p. 77) “uma vez lesadas, as células nervosas não se regeneram [...]” e dependendo do grau de comprometimento pode ser classificada em paresia ou em paralisia.

O termo paralisia se refere à perda da capacidade de contração muscular voluntária, por interrupção funcional ou orgânica em um ponto qualquer da via motora, que pode ir do córtex cerebral até o próprio músculo. Etimologicamente, deveria falar-se em paralisia quando todo movimento é impossível (SOUZA, 1994, p. 3).

O mesmo autor escreve que “nos casos de paresia a motilidade se apresenta apenas num padrão abaixo do normal, no que se refere à força

muscular, precisão do movimento, amplitude do movimento e à resistência muscular localizada” (1994, p. 4).

A seriedade do quadro depende do local afetado e do grau de destruição das vias medulares aferentes e eferentes (GIANINI; CHAMLIAN; ARAKAKI, 2006).

“Quando afeta a região cervical, a lesão caracteriza uma tetraplegia ou uma tetraparesia (acometimento dos quatro membros). Quando afeta a região toraxica, lombar ou sacral caracteriza uma paraplegia ou paraparesia (lesão dos membros inferiores e/ou tronco)” (MATTOS, 1994, p. 77).

Em várias literaturas pesquisadas, os acidentes de transito constituem as causas mais freqüentes das lesões medulares (SOUZA, 1994; LESÃO..., 2007; PALMER; TOMS, 1988 apud ALMEIDA; TONELLO, 2007) podendo ser originada também por ferimentos penetrantes de bala ou faca, hérnia de disco, fratura com deslocamento resultando em transecção de medula, desabamento vertebral, compressão por tumor, entre outras. “Outra causa comum de lesão medular é o acidente vascular que resulta de trombose em vasos da medula, êmbolo ou hemorragia” (PALMER; TOMS, 1988 apud ALMEIDA; TONELLO, 2007, p. irreg.).

Apesar dos acidentes de transito serem citado pelos autores como a causa mais freqüente de lesões medulares, pesquisas realizadas no ano de 2006 pela Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD⁶) revelaram um quadro diferente para os grandes centros urbanos brasileiros:

[...] Nos últimos quatro anos, a principal causa de lesões medulares em grandes centros urbanos, como São Paulo, continua sendo o ferimento por arma de fogo, como reflexo da violência urbana. Entre as causas traumáticas para as lesões, em segundo lugar estão os acidentes automobilísticos; em terceiro a queda de altura; e em quarto o mergulho em águas rasas (AACD, 2007).

2.1.4.6 Paralisia cerebral

De acordo com a definição do site da rede Sarah de hospitais de reabilitação⁷ “o termo paralisia cerebral (PC) é usado para definir qualquer desordem caracterizada por alteração do movimento, secundária a uma lesão

⁶ AACD- Associação de Assistência à Criança Deficiente. disponível em http://www.aacd.org.br/voce_imprensa.asp?sublink2=12&conteudo_id=575

⁷ Disponível em: <http://www.sarah.br/paginas/doencas/PO/index.htm>

não progressiva do cérebro em desenvolvimento” (PARALISIA...,2007) e “resulta na perda do controle e da coordenação muscular voluntária” (SOUZA *et al.*, 2006, p. 158).

A lesão cerebral pode ser total, parcial ou difusa e “envolve danos da função neuromuscular com ou sem déficit intelectual, problemas emocionais e defeitos de fala [...]” (SÃO PAULO, 1987, p. 10), sendo que todas essas condições podem ou não aparecer juntas.

As causas da paralisia cerebral podem ser de origem pré-natal, perinatal (durante o parto) e pós-natal, sendo explicadas a seguir com base em São Paulo (1987), Souza *et al.* (2006) e Paralisia..., (2007).

Em meio às causas pré-natais, identificam-se as desordens genéticas; infecções uterinas; transtornos no metabolismo materno; infecções congênitas (citomegalia, toxoplasmose, rubéola); e hipóxia fetal decorrente de complicações maternas, como no caso das hemorragias. A exposição da mãe a substâncias tóxicas ou agentes teratogênicos tais como radiação, ingestão de álcool, fumo, cocaína e certas medicações, principalmente nos primeiros meses de gestação, são fatores de risco que têm que ser considerados.

Dentre as causas perinatais, as complicações durante o parto (parto prolongado ou prematuro), anoxia, e hiperbilirrubinemia são as causas mais freqüentes.

Infecções do sistema nervoso central (meningites e encefalites), acidentes vasculares, convulsão, traumatismo crânio-encefálico, intoxicações e hipóxia cerebral grave (quase afogamento, convulsões prolongadas e parada cardíaca) são as principais causas de paralisia cerebral pós-natal.

A paralisia cerebral é classificada conforme a predominância da alteração de movimento.

“Quando a lesão está localizada na área responsável pelo início dos movimentos voluntários, trato piramidal, o tônus muscular é aumentado, isto é, os músculos são tensos e os reflexos tendinosos são exacerbados. Esta condição é chamada de paralisia cerebral espástica” (PARALISIA..., 2007).

Nesta condição, o reflexo de extensão ou espasmódico interfere nos movimentos de certas partes do corpo provocando rigidez excessiva, ocasionando posturas anormais que com o tempo derivam em deformações

posturais (SÃO PAULO, 1987; ANDRADE; FLEURY; SILVA, 2005; CASTEJÓN 2002 apud DE GARAY, 2006; UCP8, 2007). Segundo a United Cerebral Palsy (2007), afeta 70 a 80% dos pacientes.

A paralisia cerebral atetóide ou discinética ocorre quando a lesão afeta o trato extrapiramidal, área responsável pela modificação ou regulação do movimento. Este tipo de paralisia cerebral afeta aproximadamente 10 a 20% dos pacientes (UCP, 2007) e “[...] se caracteriza por movimentos involuntários e incoordenados dos braços, mãos, pernas e boca [...]” (SÃO PAULO, 1987, p.10).

A paralisia cerebral atáxica está relacionada com lesões cerebelares ou das vias cerebelares. Sendo a principal função do cerebelo controlar o equilíbrio e coordenar os movimentos, este tipo de paralisia se caracteriza pela falta de equilíbrio, dificuldade em medir distâncias, força e direção de movimentos, assim como apresenta leves tremores e movimentos lentos. Esta forma afeta 5 a 10% dos pacientes (SÃO PAULO, 1987; CASTEJÓN, 2002 apud DE GARAY, 2006; PARALISIA..., 2007; UCP, 2007).

Além dos três tipos citados, a paralisia cerebral também se apresenta na forma mista, sendo a combinação das anteriores. De acordo com a United Cerebral Palsy (2007), não é incomum que os pacientes tenham sintomas de mais de uma das três formas precedentes. A forma mista mais comum inclui movimentos de espasticidade e atetóides, mas outras combinações também são possíveis.

Conforme a topografia corporal, a paralisia cerebral é dividida em: tetraplegia: envolvimento dos braços, pernas, tronco e cabeça, ou seja, envolvimento total; diplegia: envolvimento dos membros inferiores é maior do que dos membros superiores; paraplegia: acometimento de membros inferiores; e hemiplegia: alterações do movimento em um lado do corpo (DÍAZ; HERRERA, 2006; PARALISIA..., 2007).

Dependendo do grau de comprometimento, podemos encontrar desde paralisados cerebrais leves, até severamente deficientes. “Alguns portadores de paralisia cerebral podem apresentar deficiências múltiplas, resultantes da associação com deficiência mental, visual ou auditiva” (SÃO PAULO, 1987, p.

⁸ UCP- United Cerebral Palsy. Disponível em: <http://www.ucp.org>.

10). Segundo Mattos (1994); Castejón (2002) apud De Garay (2006), as principais dificuldades motoras encontradas nos indivíduos com paralisia cerebral são: descontrolo no tônus muscular (hipertonía, hipotonia e flutuações entre ambas) e, conseqüentemente, das funções motoras; déficit na coordenação; dificuldade em manter posturas equilibradas; dificuldade em direccionar o movimento; perda do controlo da força; precárias habilidades motoras finas, como alcançar objetos, pinçar, recepcionar; precárias habilidades motoras grossas, como andar, correr, subir escadas, saltar. “[...] Seus movimentos descoordenados e ‘fala pobre’, às vezes, dão impressão de deficiência mental, o que nem sempre ocorre, pois muitos deles têm inteligência normal e alguns até acima do normal” (SÃO PAULO, 1987, p. 10).

2.1.2.7 Poliomielite

Comumente chamada de Paralisia Infantil, a poliomielite é uma infecção aguda produzida por um vírus que destrói as células motoras e geralmente se aloja no corno anterior da medula. Deixa como seqüela a diminuição ou perda de força muscular e, portanto, um déficit nos movimentos e, em alguns, casos paralisia nas áreas motoras correspondentes, porém preservando a sensibilidade (SÃO PAULO, 1987; MATTOS, 1994).

De acordo com Werner (1994), nem todas as crianças infectadas com o vírus da poliomielite ficam paralíticas, sendo que dentre as afetadas, 30% recuperam-se completamente nas primeiras semanas ou em alguns meses, 30% têm paralisia leve, 30% têm paralisia moderada ou severa e 10% morrem, muitas vezes devido à dificuldade para respirar ou engolir.

Em regiões de higiene precária, a transmissão se dá principalmente pela via fecal-oral, porém, em países onde prevalecem as boas condições de higiene a disseminação faríngea também pode ocorrer (WERNER, 1994; BRICKS, 1997).

Por suas características, a poliomielite pode ser confundida com outras doenças, como a paralisia cerebral, a distrofia muscular, a síndrome de Guillain-Barré, entre outras, por isso o diagnóstico definitivo requer confirmação laboratorial (WERNER, 1994; BRICKS, 1997).

Segundo Bricks (1997, p. 35), apesar de “[...] a pólio ter sido eliminada das Américas, não estamos livres dessa doença enquanto a erradicação não for global” e, mesmo sem a aparição de nenhum caso, ainda há a necessidade da vacinação contra a poliomielite.

2.1.2.8 Outras deficiências físicas

Além das deficiências físicas aqui selecionadas e explicadas, outras são relatadas em diversas literaturas, a exemplo de Mattos (1994), Werner (1994), Díaz e Herrera (2006) e no site da rede Sarah de hospitais de reabilitação (2007), sendo explicadas as características e as causas da atrofia muscular espinhal (AME), do traumatismo cranioencefálico (TCE), da Paralisia Braquial Obstétrica, das Miopatias Congênitas, do pé torto congênito, do Acidente Vascular Cerebral (AVC), do nanismo, da osteogênese imperfeita, da tuberculose da coluna (doença de Pott), da Esclerose múltipla, entre outras.

2.2 A DEFICIÊNCIA FÍSICA E A SOCIEDADE

Vários são os termos utilizados para designar as “pessoas portadoras de deficiências”, sendo este, o termo adotado pela ONU, caracterizando que a deficiência está na pessoa mas não é a pessoa (CIDADE; FREITAS, 2002). Como citam Cidade e Freitas (2002) e Sasaki (2003), outros termos também utilizados são “pessoa portadora de necessidades especiais”, “pessoas com necessidades especiais” e “portadores de necessidades especiais”, evitando desta maneira o termo “deficiência”, “[...] supostamente desagradável ou pejorativa” (SASSAKI, 2003, p. 15).

Cidade e Freitas (2002) ressaltam que o termo ‘portadora’ é considerado impróprio, pois necessidades não se portam, porém, no decorrer deste trabalho essa expressão aparecerá para manter a fidedignidade dos textos utilizados.

“Várias pessoas acreditam que chamar o indivíduo de ‘portador de deficiência’ ou ‘pessoas com necessidades especiais’ entre outras designações, agride menos que chama-lo de invalido, doente, etc.”, contudo não é a maneira

de referir-se que colocará o indivíduo em uma melhor situação (CIDADE; FREITAS, 2002, p. 11). Apesar disso, “o cuidado no emprego das palavras e expressões é uma necessidade para a remoção de barreiras atitudinais” (CIDADE; FREITAS, 2002, p. 12).

“Os problemas sociais que envolvem ‘deficientes’ acompanham os homens desde os tempos mais remotos da civilização” (CARMO, 1989, p. 25).

Silva (1986) apud Walber e Silva (2006, p. 30) relata que, desde a pré-história, “[...] pessoas com algum tipo de malformação congênita ou adquirida são retratadas em pinturas e cerâmicas, o que nos permite dizer que o tema da deficiência fazia parte da vida diária daquelas comunidades”.

Segundo Silva (1986) apud Cidade e Freitas (2002) havia dois tipos de atitudes em relação a pessoas idosas, deficientes ou doentes, sendo estas pessoas toleradas, apoiadas e ‘assimiladas’ pela comunidade, ou então desprezadas e eliminadas de diferentes maneiras. Desta forma, a sociedade começou a praticar a exclusão social de pessoas que não pareciam pertencer à maioria da população por apresentarem condições atípicas (SASSAKI, 2003).

A concepção de que a deficiência é um sinal de desarmonia ou obra dos maus espíritos, acompanhou o homem pelas diferentes épocas da história. Entre os hebreus, por exemplo, toda doença crônica ou deficiência física, ou qualquer deformação corporal simbolizava impureza ou pecado (CARMO, 1989, p. 27).

Na Grécia, a valorização do corpo fazia com que pessoas com alguma deficiência física fossem sacrificadas (WALBER; SILVA, 2006). Em Roma, em torno do ano 280 d.C., as práticas de assassinatos de recém nascidos com deformações era vigente, assim como, o abandono de bebês considerados anormais (CIDADE; FREITAS, 2002; WALBER; SILVA, 2006). A preocupação com a capacidade física de gregos e romanos por causa das constantes guerras “[...] fez com que esses povos construíssem a imagem de corpos fortes para o combate” (CIDADE; FREITAS, 2002, p. 13), e apenas as amputações advindas das guerras eram aceitas.

“Com a ascensão do Cristianismo a partir do século IV, as idéias de eliminação compulsória de bebês com deficiência passaram a ser condenadas” (WALBER; SILVA, 2006, p.30). Ao mesmo tempo em que o direito à vida passou

a ser defendido pelos cristãos, “[...] os indivíduos com deficiência passam a ser ‘guardados’ em casas, vales, porões e, principalmente, sobre a proteção de monastérios, ou seja, dos padres” (CIDADE; FREITAS, 2002, p.14). De acordo com Walber e Silva (2006, p. 30), as “pessoas com deficiência, loucos e criminosos eram considerados possuídos pelo demônio e associados a faltas cometidas e à punição por parte de Deus, sendo banidas do convívio social”.

No século XV pessoas deficientes, principalmente, com deficiência mental “[...] eram vistas como possuídas por espíritos malignos ou como loucas e foram assim levadas à fogueira” (WALBER; SILVA, 2006, p.30).

Walber e Silva (2006, p.31) afirmam que, a partir do século XVI,

com a gradual rejeição do caráter demoníaco associado às pessoas com deficiência, começam a ser implementadas algumas formas de atenção a tais pessoas, constituindo assim um outro modo de colocar o problema da deficiência, vinculando-o, daqui para frente, a práticas caritativas e assistencialistas.

Tais práticas assistencialistas, segundo Castel (1998) apud Walber e Silva (2006), são um conjunto diversificado de ações determinadas pela necessidade de atender grupos carentes.

Diretamente relacionada com a prática assistencial, está o surgimento das instituições de confinamento e o atendimento especializado, como hospitais, asilos, orfanatos, entre outros (WALBER; SILVA, 2006).

A partir do século XVI “a deficiência passa a ser um problema médico e não somente assistencial, embora uma lógica assistencialista continue presente nesse novo modelo” (WALBER; SILVA, 2006, p. 32).

Segundo Fletcher (1996) apud Sasaki (2003, p. 29), a deficiência era vista “[...] como um ‘problema’ do indivíduo e, por isso, o próprio indivíduo teria que se adaptar à sociedade ou ele teria que ser mudado por profissionais através da reabilitação ou cura”.

De acordo com Walber e Silva (2006, p.33),

as práticas médicas de atenção às pessoas com deficiência, os diagnósticos, os tratamentos de reabilitação e o processo de desinstitucionalização manicomial trouxeram [...] a idéia de que as pessoas com deficiência poderiam e deveriam participar da sociedade, desde que se adaptassem às normas e valores sociais.

Ou seja, a pessoa deficiente deveria “ser adequada à sociedade como ela é, sem maiores modificações” (SASSAKI, 2003, p. 29).

De acordo com Sasaki (2003, p. 29),

o modelo médico da deficiência tem sido responsável, em parte, pela resistência da sociedade em aceitar a necessidade de mudar suas estruturas e atitudes para incluir em seu seio as pessoas portadoras de deficiência e/ou de outras condições atípicas para que estas possam, ai sim, buscar o seu desenvolvimento pessoal, social, educacional e profissional.

Com a tentativa de acabar com a exclusão social pela qual as pessoas deficientes foram submetidas por vários séculos, surge, no final da década de 60, o movimento pela integração social, que procurava “[...] inserir as pessoas portadoras de deficiência nos sistemas sócias gerais como a educação, o trabalho, a família e o lazer” (SASSAKI, 2003, p. 31).

Conceitua-se a inclusão social como o processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidade para todos (SASSAKI, 2003, p. 41).

“Para incluir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada a partir do entendimento de que ela precisa ser capaz de atender as necessidades de seus membros” (SASSAKI, 2003, p. 41). Conforme Resende e Néri (2005, p. 124), as pessoas com deficiência precisam, não somente de recursos instrumentais “[...] que lhes permitam funcionar adequadamente, mantendo a autonomia e a auto-estima”, mas também de “[...] recursos pessoais para enfrentar os preconceitos e estereótipos existentes na sociedade [...]”. De acordo com Montanari (1999) e Cidade e Freitas (2002), no plano social, as diferenças transformam-se em desigualdade e, o mundo físico criado para o homem dito “normal”, coloca o portador de deficiência em desvantagem em relação aos demais membros da sociedade.

Inúmeros são os problemas encontrados pelos deficientes físicos no contexto social, entre eles, Cidade e Freitas (2002, p. 16) citam “[...] a falta de atendimento educacional e de saúde especializados; o desemprego; a

discriminação; o preconceito; a dificuldade de acesso aos locais públicos, seja pela falta de transporte adequado ou por barreiras arquitetônicas”. “As dificuldades sociais enfrentadas pelas pessoas com deficiência física [...] não raro são causadas pelas deficiências da sociedade em atender e aceitar suas necessidades específicas” (RESENDE; NERI, 2005, p. 124).

Montanari (1999) e Resende e Néri (2005) falam de uma das grandes lutas dos portadores de deficiência que é ser diferente, sem estar em desvantagem, e na perspectiva de assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas com deficiência, o decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, Diário Oficial da União de 21/12/99, artigo nº 2, estabelece que:

[...] Cabe aos órgãos e às entidades do Poder Público assegurar à pessoa portadora de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à edificação pública, à habitação, à cultura, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico (BRASIL, 2005, p. 25).

Tendo os deficientes, o direito de usufruírem de todos os espaços da sociedade, a seção V, capítulo VII, do mesmo decreto, faz menção ao acesso da pessoa com deficiência a cultura, ao desporto, ao turismo e ao lazer.

Referindo-se especificamente ao desporto e o lazer, o artigo nº 46, visa as seguintes medidas:

III - incentivar a prática desportiva formal e não-formal como direito de cada um e o lazer como forma de promoção social;
IV - estimular meios que facilitem o exercício de atividades desportivas entre a pessoa portadora de deficiência e suas entidades representativas;
V - assegurar a acessibilidade às instalações desportivas dos estabelecimentos de ensino, desde o nível pré-escolar até à universidade;
VI - promover a inclusão de atividades desportivas para pessoa portadora de deficiência na prática da educação física ministrada nas instituições de ensino públicas e privadas (BRASIL, 2005, p. 53).

Desta forma, torna-se possível a equiparação de oportunidades e o desenvolvimento das potencialidades da pessoa com deficiência como forma de reabilitação integral (BRASIL, 2005).

Segundo Adams (1985) apud Moreira *et al.* (2007, p. irreg.),

os efeitos sociais e psicológicos que acompanham alguns deficientes podem criar maiores problemas do que propriamente a incapacidade física. Através da prática desportiva tem-se observado uma melhora significativa da socialização do deficiente e motivação necessária para participarem da comunidade com mais ímpeto para produzir, trabalhar e assumir papéis de liderança na comunidade.

2.3 O PARADESPORTO E O DEFICIENTE FÍSICO

De acordo com Souza (1994) e Moura e Castro (2002), a prática desportiva para deficientes está comprovada desde a Grécia antiga e, na China, o desporto com a finalidade de reabilitação já era praticado há 5.000 anos.

Após a 1ª Grande Guerra Mundial, na Alemanha, o esporte começou a ser utilizado como instrumento para reabilitação e inserção social da pessoa com deficiência (ABRADECAR, 2007b), sendo que, “[...] primeiramente, a intenção era oferecer uma alternativa de tratamento aos indivíduos que sofreram traumas medulares durante o conflito” (ABRADECAR, 2007b).

A história do paradesporto se iniciou na Inglaterra, a partir de 1944, com a inauguração do Hospital Stoke Mandeville pelo Dr. Ludwig Guttmann (MATTOS, 1994; SOUZA, 1994; CIDADE; FREITAS, 2002; MELO; LÓPEZ, 2002; MOURA E CASTRO, 2002; ITANI; ARAÚJO; ALMEIDA, 2004; ADD, 2006a; ABRADECAR, 2007b; CPB, 2007a; IPC 2007c).

Com o término da 2ª Grande Guerra Mundial, o considerável número de combatentes, principalmente dos países europeus envolvidos no conflito, que sofreram lesões na coluna vertebral, tornando-se paraplégicos ou tetraplégicos, fez com que a sociedade sentisse a necessidade de reabilitar tais indivíduos e, com isso, passou a reconhecer a importância da atividade física no auxílio a reabilitação (CIDADE; FREITAS, 2002; ABRADECAR, 2007b; CPB, 2007a).

Em 1944, Ludwig Guttmann, neurologista e neurocirurgião de origem judaica, por meio de um convite do Governo Britânico, passou a dirigir em Aylesbury, Inglaterra, o Centro Nacional de Lesões Medulares do Hospital Stoke Mandeville, onde por meio de práticas esportivas sistematizadas, iniciou um trabalho de reabilitação médica e social dos veteranos traumatizados de guerra (MATTOS, 1994; CIDADE; FREITAS, 2002; MOURA E CASTRO, 2002; ABRADECAR, 2007b; CPB, 2007a).

O surgimento do esporte para a pessoa com deficiência física, deu-se quase simultaneamente na Inglaterra, com Ludwig Guttmann e nos Estados Unidos, com Benjamim Lipton (CIDADE; FREITAS, 2002). “As atividades desportivas, que tiveram seu início em 1944, foram o arco e flecha, tênis de mesa e arremesso de dardo” (CIDADE; FREITAS, 2002, p. 79). Somente em 1947 “nos Estados Unidos, por iniciativa da PVA (Paralyzed Veterans of América), surgiram as primeiras equipes de basquetebol em cadeira de rodas e as primeiras competições de atletismo e natação” (ADD, 2006a).

De acordo com Moura e Castro (2002, p. 201) “os êxitos alcançados com o desporto como meio terapêutico e clínico, levaram à realização dos primeiros Jogos de Stoke Mandeville [...]” em 29 de julho de 1948, “mesma data da Cerimônia de Abertura da Olimpíada de Londres” (CPB, 2007a). Tal evento contou “[...] com a participação de 14 homens e 2 mulheres das forças armadas Britânicas em uma única modalidade - Arco e Flecha” (ITANI; ARAÚJO; ALMEIDA, 2004, p. irreg.). Quatro anos mais tarde, “[...] Dr. Guttmann realizou o II Jogos Desportivos de Stoke Mandeville com a participação de 130 atletas entre ingleses e holandeses” (ITANI; ARAÚJO; ALMEIDA, 2004, p. irreg.). De acordo com Cidade e Freitas (2002, p. 79) “tal fato contribui para, a partir dessa data, surgir a mudança do nome de: Jogos de Stoke Mandeville para Jogos Internacionais de Stoke Mandeville –ISMG [...]”, com isso “[...] foi fundado o Comitê Internacional dos Jogos de Stoke Mandeville, que depois viria a se tornar a Federação Internacional de Esportes em Cadeira de Rodas de Stoke Mandeville (ISMWSF)” (ABRADECAR, 2007b).

Desta forma o desporto para a pessoa deficiente se desenvolveu por todo o mundo (MOURA E CASTRO, 2002).

De acordo com diversos autores (MATTOS, 1994; SOUZA, 1994; BRAZUNA; MAUERBERG-DeCASTRO, 2001; CIDADE; FREITAS, 2002; ITANI; ARAÚJO; ALMEIDA, 2004; ADD, 2006a; ABRADECAR, 2007b; CPB, 2007a) o esporte para pessoas com deficiência chegou ao Brasil em 1958 com Robson Sampaio de Almeida e Sérgio Seraphin Del Grande, que trouxeram a idéia para o Brasil após retornarem dos Estados Unidos, onde puderam presenciar a prática esportiva em cadeira de rodas, principalmente o basquetebol, nos hospitais em que se reabilitaram.

Em 1º de Abril de 1958, Robson Sampaio de Almeida, portador de paraplegia, em parceria com seu amigo Aldo Miccolis, fundou, no Rio de Janeiro, o Clube Otimismo, sendo este o primeiro clube do gênero (BRAZUNA; MAUERBERG-DeCASTRO, 2001; CIDADE; FREITAS, 2002; ITANI; ARAÚJO; ALMEIDA, 2004; ABRADECAR, 2007b, CPB, 2007a). Meses mais tarde, em 28 de julho, Sérgio Seraphin Del Grande, tetraplégico, criou o Clube dos Paraplégicos de São Paulo, em São Paulo (ITANI; ARAÚJO; ALMEIDA, 2004; ABRADECAR, 2007b, CPB, 2007a). De acordo com o CPB (2006a), “a data foi escolhida para homenagear os dez anos de Stoke Mandeville”.

Um ano depois, em 1959, no ginásio do Maracanãzinho, Rio de Janeiro, “[...] aconteceu a primeira competição de atletas portadores de deficiência em nosso país. Foi um jogo de basquete em cadeira de rodas que reuniu as equipes do Rio de Janeiro e São Paulo” (ABRADECAR, 2007b).

“Foi por meio do basquete que se iniciou a prática esportiva para pessoas portadoras de deficiência no Brasil” (ABRADECAR, 2007b). Após a primeira competição de basquetebol, “[...] vários amistosos aconteceram, incentivando o aparecimento de outros clubes e equipes dessa modalidade, entre os quais o Clube dos Paraplégicos do Rio de Janeiro (CPRJ), em 1965, e a Sociedade Amigos dos Deficientes Físicos (SADEF) em 1979” (CIDADE; FREITAS, 2002, p. 99).

Com o tempo, outras modalidades foram sendo incorporadas e o esporte para pessoas com deficiência foi evoluindo no país (BRAZUNA; MAUERBERG-DeCASTRO, 2001; ABRADECAR, 2007b).

Nos últimos cinco anos, o Esporte Adaptado brasileiro vem evoluindo, mas por falta de informação e, principalmente, de condições específicas para a sua prática, muitos portadores de deficiência ainda não têm acesso a ele (ADD, 2007a).

“Nesse evoluir sabemos hoje que a grande expressão do desporto é a competição” (MOURA E CASTRO, 2002, p. 201).

Como diz Moura e Castro (2002, p. 201), “importa referir que enquanto o desporto se organiza por modalidades, o desporto para deficientes baseia-se nas deficiências”.

Face às diferenças de perfil funcional e considerando que o princípio subjacente ao desporto de competição é a igualdade de participação na partida, foi necessário encontrar um processo de avaliação e de agrupar os atletas em categorias homogêneas que fossem internacionalmente reconhecidas e padronizadas, o que deu origem à classificação médico-desportiva (MOURA E CASTRO, 2002, p. 202).

De acordo com Cidade e Freitas (2002), o primeiro tipo de classificação para deficientes físicos foi desenvolvido em 1940, na Inglaterra, por médicos e especialistas da área de reabilitação. De acordo com Potrich (1987), a classificação médica era baseada na funcionalidade e no potencial residual do atleta, onde “através de um exame físico detalhado, [...], é definido o nível motor e a classe a que corresponde” (POTRICH, 1987, p. 239).

“Pelo fato dessa classificação se fundamentar exclusivamente nas características médicas, observaram-se vários pontos discordantes com a prática desportiva, na qual o atleta, muitas vezes, não utilizava seu verdadeiro potencial muscular” (CIDADE; FREITAS, 2002, p.107).

Mais tarde, “[...] procuraram criar um sistema de classificação para cada tipo de seqüela segundo sua origem, ou seja, para amputados [...], para paralisados cerebrais [...], para “Les Autres”⁹[...] (MATTOS, 1994, p. 79).

De acordo com Mattos (1994) a classificação baseada na funcionalidade motora do individuo com relação às demandas motoras da modalidade iniciou-se com o basquete em cadeiras de rodas, e “foram propostas por Horst Strhkendl, corrigidas por Phill Craven (jogador) e B. Courbariaux (professor de Educação Física) e aplicadas pela primeira vez, em 1984, nos jogos mundiais para deficientes na Inglaterra” (CIDADE; FREITAS, 2002, p.107).

“Seguindo a experiência do basquete, outras modalidades procuram seguir o mesmo conceito, até mesmo numa tentativa de promover a integração entre os portadores das várias deficiências motoras” (MATTOS, 1994, p. 79).

“Deste modo, os atletas com inabilidades são agrupados em classes definidas pelo grau de função apresentado pela inabilidade” (IPC, 2007a).

⁹ Les autres – termo utilizado para referir-se as demais deficiências físicas que não a paralisia cerebral ou amputação.

2.3.1 As paraolimpíadas

Com 47 anos de história, os Jogos Paraolímpicos são considerados o segundo maior evento desportivo seguido dos Jogos Olímpicos, por conta do número de dias de competição, pelo número de modalidades desportivas que envolve, pelo número de países presentes e, também, por se revelarem a expressão de espetáculo de alta qualidade com a singularidade de atrair espectadores, mídia e patrocinadores (PEREIRA; SILVA; PEREIRA, 2006).

Conforme Figueiredo e Guerra (2005, p. irreg.) “os Jogos Olímpicos são um conjunto de provas esportivas de caráter mundial, disputadas de quatro em quatro anos em cidades escolhidas” e, desta mesma maneira, acontecem os jogos paraolímpicos.

Os jogos paraolímpicos, conforme Cidade e Freitas (2002) tiveram origem a partir de duas ações, sendo elas a construção do hospital de Stoke Mondeville e o início do trabalho do médico Ludwig Guttmann.

Em 1949, o Dr. Guttmann anunciou publicamente que os jogos de Stoke Mondeville poderiam ser equivalentes aos jogos olímpicos, com isto, revelou o interesse em engrandecer a atividade física para a população deficiente, entusiasmando, assim, profissionais e pacientes do hospital, que em pouco tempo elaboraram os primeiros regulamentos dos jogos (CIDADE; FREITAS, 2002).

Em 1958, quando a Itália preparava-se para ser a sede das XVII Olimpíadas de Verão, o Dr. Ludwig Guttmann debateu com o professor Antonio Maglio, diretor do centro de lesão medular do Italian Instituto Nazionale per L'Assicurazione contro gli infortuni sul Lavoro (INAIL), a possibilidade dos jogos Internacionais de Stoke Mondeville se realizarem em Roma, cidade escolhida para sediar os jogos de 1960, logo após as XVI Olimpíadas (CIDADE; FREITAS, 2002; ADD, 2006b; ABRADECAR, 2007b; CPB, 2007b).

No encontro anual da Federação Mundial de Veteranos em maio de 1959, em Roma, o Dr. Guttmann e o prof. Maglio levaram essa idéia para a discussão em assembléia e, embora um pequeno grupo fosse contra, a maioria de autoridades italianas e países membros de Stoke Mondeville asseguraram total cooperação. A

idéia dos jogos olímpicos de Roma abarcarem os Jogos Internacionais de Stoke Mondeville foi aceita com grande excitação (CIDADE; FREITA, 2002, p. 86).

Assim, em 1960, a primeira Paraolimpíada de verão foi realizada na cidade de Roma, Itália, com a participação de 400 atletas de 23 países (ITANI; ARAÚJO; ALMEIDA, 2004; ADD, 2006b; ABRADECAR, 2007b; CPB, 2007a; IPC, 2007b; IPC, 2007c).

Segundo Araújo, citado por Itani, Araújo e Almeida (2004, p. irreg.), a palavra *para* (olimpíadas), “possui duplo significado, podendo referir-se a conotação de Paraplégico, ou de Paralelo as Olimpíadas”, porém, de acordo com o International Paralympic Committee - IPC - (2007) *para* refere-se a paraplegia.

Em 1964, ocorreram os II Jogos Paraolímpicos realizados no mesmo local dos Jogos Olímpicos, em Tóquio, Japão. (CIDADE; FREITAS, 2002; ITANI; ARAÚJO; ALMEIDA, 2004). Em 1968, os Jogos Paraolímpicos foram realizados na cidade de Tel Aviv, Israel, deixando de ser realizar no México, mesmo local das Olimpíadas, por problemas de organização do comitê mexicano; em 1972, realizou-se em Heidelberg, Alemanha, mas ainda por problemas de organização, ocorre em cidade diferente da sede Olímpica. Neste mesmo ano, acontece a primeira participação brasileira em uma paraolimpíada; em 1976, em Toronto, Canadá; em 1980, em Arnhen, Holanda; em 1984, em Stoke e Nova Iorque, Estados Unidos; e, somente em 1988, em Seul, Coréia, as paraolimpíadas voltaram a ser realizadas na mesma cidade das olimpíadas. Em 1992, os jogos foram realizados em Barcelona, Espanha; em 1996, em Atlanta, Estados Unidos; em 2000, em Sydney, Austrália e, em 2004, a décima segunda paraolimpíadas foi realizada em Atenas, Grécia. (CIDADE; FREITAS, 2002; ITANI; ARAÚJO; ALMEIDA, 2004; ADD, 2006b; CPB, 2007a; IPC, 2007b).

De acordo com o International Paralympic Committee (2007b), o número de atletas que participam das paraolimpiadas de verão aumentou de 400 atletas de 23 países em Roma no ano de 1960 a 3806 atletas de 136 países em Atenas, 2004 e hoje, “a Paraolimpíada é o segundo maior evento esportivo do mundo. Só perde para a Olimpíada” (BRAZUNA; MAUERBERG-DeCASTRO, 2001).

2.3.1.1 As modalidades paraolímpicas.

Conforme Melo e López (2002, p. irreg.), “as modalidades esportivas para os portadores de deficiências físicas são baseadas na classificação funcional e atualmente apresentam uma grande variedade de opções”.

As modalidades paraolímpicas praticados por deficientes físicos são o atletismo, arco e flecha, basquetebol, bocha, ciclismo, equitação (hipismo), esgrima, futebol, halterofilismo, iatismo, natação, rugby, tiro, tênis em cadeira de rodas, tênis de mesa e voleibol (CIDADE; FREITAS, 2002; ABRADECAR, 2007a; ANDE, 2007). Além destas, o remo tornou-se mais uma modalidade paraolímpica, e sua estréia será realizada em Pequim, 2008 (IPC, 2007d).

2.3.1.1.1 Atletismo

Conforme Cidade e Freitas (2002), Melo e López (2002) e Associação Brasileira de Desportos em Cadeira de Rodas (2007a), o atletismo é uma modalidade que constantemente é revista para, desta maneira, dar melhores condições técnicas para seu desenvolvimento.

As provas são disputadas por atletas nas categorias masculino e feminino, sendo os atletas divididos por classes que competem entre si de acordo com o grau de deficiência (CIDADE; FREITAS, 2002; MELO; LÓPEZ, 2002; IPC, 2007d). As modalidades são praticadas por atletas amputados, paraplégicos, tetraplégicos e paralisados cerebrais, assim como por atletas cegos (ANDE, 2006).

É um dos esportes que reúne o maior número de participantes em suas diferentes provas, sendo estas agrupadas nos blocos tradicionais de corridas, saltos, lançamentos, pentatlon e maratona (CIDADE; FREITAS, 2002; MELO; LÓPEZ, 2002; ANDE, 2006; ABRADECAR, 2007a; CPB, 2007c).

Os competidores com amputações nas pernas podem utilizar próteses especiais. Nas provas de arremesso, os atletas com dificuldades motoras nos membros inferiores usam uma cadeira-base de arremesso. Para os atletas que não podem caminhar, existem as corridas para cadeirantes. A cadeira tem o formato de um triciclo e atinge grandes velocidades. Os atletas em cadeira de rodas competem em provas de rua e de pista (CPB, 2007c).

“No programa das competições estão excluídas as provas de corrida com obstáculo, salto com vara, marcha atlética e lançamento de martelo, sendo acrescentada uma prova de club (massa de GRD), praticado pelos portadores de paralisia cerebral (PC)” (ANDE, 2006).

As provas de lançamentos, estão sujeitas as regras da IAF - International Athletic Federation -, sendo concedidas algumas modificações pelas entidades de desporto para deficientes (ANDE, 2006).

Desde a primeira paraolimpíada, em Roma, no ano de 1960, o atletismo faz parte do programa paraolímpico oficial (CPB, 2007c; IPC, 2007d).

2.3.1.1.2 Arco e flecha

Também chamada de tiro com arco, esta modalidade esportiva é praticada desde 1948 e está presente desde a primeira paraolimpíada, em Roma - 1960. É aberta a atletas amputados, lesados medulares, paralisados cerebrais e usuários de cadeiras de rodas em geral, que jogam nas categorias em pé e sentados em cadeira de rodas (CIDADE; FREITAS, 2002; MELO; LÓPEZ, 2002; ABRADecAR, 2007a; CPB, 2007c; IPC, 2007d).

Participam das competições homens e mulheres, tanto no individual como por equipe, “sendo o sistema de resultados semelhantes à modalidade convencional olímpica”, (MELO; LÓPEZ, 2002, p. irreg.) “onde uma distância de 70m separa os atletas do alvo, que mede 1,22m de diâmetro, sendo formado por dez círculos concêntricos” (CPB, 2007c). O círculo mais externo vale um ponto e quanto mais próxima estiver à flecha do círculo central, maior a pontuação obtida pelo atleta (CPB, 2007c).

2.3.1.1.3 Basquetebol em cadeira de rodas

A modalidade, que é uma das mais tradicionais, esteve presente em todas as edições dos jogos paraolímpicos desde Roma, 1960 (CPB, 2007c; IPC, 2007d).

De acordo com Melo e López (2002) e CPB (2007c) o basquete em cadeira de rodas é praticado por atletas de ambos os sexos, porém, a primeira disputa feminina em paraolimpíadas ocorreu apenas em Tel Aviv - 1968.

Em princípio, apenas lesionados medulares atuavam (CPB, 2007c),

atualmente, muitos atletas portadores de diferentes deficiências físicas dedicam-se à prática do basquetebol em cadeira de rodas, especialmente lesados medulares, amputados de membros superiores e, no caso particular do Brasil, portadores de seqüelas de poliomielite (GORGATTI; BÖHME, 2003, p.42).

O basquete em cadeira de rodas foi a primeira modalidade paraolímpica a ser praticada no Brasil, sendo introduzida no país, em 1957, por Sérgio Seraphin Del Grande (CIDADE; FREITA, 2002; CPB, 2007c).

De acordo com o Comitê Paraolímpico Brasileiro (2007c), As regras são as mesmas da Federação Internacional de Basquete Amador - FIBA, com algumas adaptações feitas pela Federação Internacional de Basquetebol em Cadeira de Rodas - IWBF.

Exemplos disso são regras como: a cada dois movimentos para impulsionar a cadeira, o jogador tem de quicar a bola pelo menos uma vez. É falta técnica utilizar os membros inferiores para obter algum tipo de vantagem como colocar o pé no chão ou levantar um pouco do assento (CPB, 2007c).

Diferente de outras modalidades que se baseiam na classificação funcional, “para o basquete há um sistema específico em que cada classe corresponde a uma pontuação” (POTRICH, 1987, p. 232), e o total de pontos que uma equipe pode somar em quadra é 14.

2.3.1.1.4 Bocha

Inicialmente, o jogo foi criado para atender somente as pessoas com paralisia cerebral (PC) severa, ou seja, com comprometimento dos quatro membros e usuários de cadeira de rodas. Atualmente, pessoas com distrofia muscular progressiva, acidente vascular cerebral (AVC), entre outras deficiências, também podem competir, desde que apresentem o mesmo grau de deficiência exigida e comprovada para a inserção na classe específica (CAMPEÃO, 2002).

O jogo objetiva-se em lançar seis bolas adaptadas (azuis ou vermelhas) com a intenção de aproximá-las o máximo possível da bola alvo (de cor branca), chamada de “jack” ou “bolim”. As bolas de bocha são fabricadas com materiais especiais, sendo mais leves e menores que as bolas comuns, desta forma adaptando-se as necessidades dos jogadores (CAMPEÃO, 2002; LIMA; OLIVEIRA; NAKADA, 2006; CPB, 2007c).

Pode-se jogar o bocha através de confrontos individuais, em pares ou por equipes (três pessoas), sendo que em todas as categorias são aceitas provas mistas de acordo com as classes, divididas conforme o grau de comprometimento motor do atleta (CAMPEÃO, 2002; ANDE, 2006; LIMA; OLIVEIRA; NAKADA, 2006).

A classificação também segue as normas e regras da CP-ISRA, sendo que cada classe é denominada pela funcionalidade de cada jogador. **A classe BC1** é composta por pessoas com tetraplegia espástica severa com ou sem atetose, no qual há pouca amplitude de movimentos ou força funcional em todos os movimentos nas extremidades e no tronco. Dependem da cadeira de rodas e precisam de auxílio durante o jogo, assim como de assistência tanto para a remoção da cadeira de rodas, quanto para a aquisição da bola.

A classe BC2 é composta por pessoas com tetraplegia espástica de severa a moderada, os mesmos itens relacionados a **classe BC1**, a única diferença é que podem impulsionar a cadeira de rodas manualmente. As pessoas da **classe BC3** utilizam calha e um calheiro para realizar o jogo. E por fim, na **classe BC4** as pessoas possuem diplegia de moderada a severa com controle mínimo nas extremidades das mãos, e ainda, com limitações de tronco e pouca força funcional nos quatros membros (LIMA; OLIVEIRA; NAKADA, 2006, p. irreg.).

Conforme site da associação nacional de desporto para deficientes (ANDE, 2006) “as primeiras competições de bocha adaptadas no campo da deficiência aconteceram na Dinamarca em 1982”. Em relação ao ano de estréia da modalidade no programa paraolímpico oficial, o Comitê Paraolímpico Brasileiro (CPB, 2007c) e o Comitê Paraolímpico Internacional (IPC, 2007d) datam de 1984 em Nova Iorque.

2.3.1.1.5 Ciclismo

O ciclismo paraolímpico é ser praticado por deficientes visuais, paralisados cerebrais, amputados e lesionados medulares (cadeirantes), que competem nas

categorias masculina e feminina de forma individual ou por equipe (CIDADE; FREITAS, 2002; MELO; LÓPEZ, 2002; ANDE, 2006; CPB, 2007c).

Conforme Melo e López (2002) e CPB (2007c), as regras seguem as da União Internacional de Ciclismo - UCI, porém pequenas alterações foram realizadas relativas à segurança e à classificação funcional dos atletas, possibilitando adaptações nas bicicletas, que “[...] podem ser de modelos convencionais ou triciclos (para paralisados cerebrais, segundo o grau de lesão). [...] Para os cadeirantes, a bicicleta é pedalada com as mãos: é o handcycling” (CPB, 2007c).

Citam Melo e López (2002), CPB (2007c) e ANDE (2006), que os atletas competem em provas de estrada, velódromo e contra-relógio.

“Os atletas amputados ou com incapacidades locomotoras permanentes, disputam provas em estradas utilizando as mais diversas adaptações em suas bicicletas. As provas para (PC) são unicamente contra relógio” (ANDE, 2006).

A modalidade foi introduzida aos jogos paraolímpicos em 1988 em Seul e hoje é praticada em mais de 40 países (IPC, 2007d).

No início da década de 80, quando esta modalidade começou a se desenvolver, apenas deficientes visuais competiam (CPB, 2007c).

2.3.1.1.6 Esgrima

“Ludwig Guttmann, em 1953, introduziu a modalidade para pessoas em cadeira de rodas”, modalidade esta, que está sendo praticada por homens e mulheres desde a primeira paraolimpíada, em Roma, 1960 (CPB, 2007c).

“Este esporte requer dos atletas capacidade de adaptação, criatividade, velocidade, reflexos apurados, astúcia e paciência” (CPB, 2007c). É praticado por atletas com deficiências físicas como amputados, paralisados cerebrais e lesados medulares nas modalidades espada, sabre e florete, sendo realizadas provas individuais ou por equipes (CIDADE; FREITAS, 2002; MELO; LÓPEZ, 2002; ANDE, 2006).

A esgrima adaptada é praticada com cadeira de rodas presa ao solo, porém todos os atletas permanecem com os movimentos livres para tocar o corpo

do adversário (CIDADE; FREITAS, 2002; MELO; LÓPEZ, 2002; ABRADecAR, 2007a).

Os equipamentos obrigatórios da modalidade são: máscara, jaqueta e luvas protetoras. Nos duelos de florete, a arma mais leve, há uma proteção para as rodas da cadeira. Nas disputas de espada, uma cobertura metálica é utilizada para proteger as pernas e as rodas da cadeira (CPB, 2007c).

O Comitê Executivo de Esgrima do Comitê Paraolímpico Internacional administra a modalidade, que segue as regras da Federação Internacional de Esgrima – FIE, com algumas modificações introduzidas pela International Stoke Mandeville Wheelchair Sport Federation - ISMWSF (ANDE, 2006; CPB, 2007c).

2.3.1.1.7 Futebol de sete

De acordo com Cidade e Freitas (2002, p. 90), nesta modalidade esportiva, “apenas atletas com paralisia cerebral competem”, sendo que “a forma prevalente de paralisia, dos atletas que compõem a seleção brasileira, é a hemiparesia espástica” (ANDRADE; FLEURY; SILVA, 2005, p. 282).

O futebol paraolímpico é jogado apenas por homens e “[.] segue as mesmas regras da FIFA, mas com certas adaptações feitas sob responsabilidade do Comitê de Futebol da Associação Internacional de Esporte e Recreação de Paralisados Cerebrais (CP-ISRA)” (CPB, 2007c). Algumas alterações nas regras, como a largura do gol e da marca do pênalti, tempo de duração da partida, assim como no número de jogadores, que são sete, foram realizadas com o intuito de tornar este esporte mais empolgante para quem compete e assiste às partidas (CIDADE; FREITAS, 2002; MELO; LÓPEZ, 2002; ANDE, 2006; CPB, 2007c).

A partir de 1984, em Nova Iorque/Stoke Mandeville, ano da primeira participação da modalidade numa paraolimpíada, este esporte não deixou de fazer parte dos jogos (CPB, 2007c; IPC, 2007d).

2.3.1.1.8 Halterofilismo

O halterofilismo é uma modalidade esportiva aberta a atletas do sexo masculino e feminino, praticada por atletas com diferentes deficiências físicas

(CIDADE; FREITAS, 2002; MELO; LÓPEZ, 2002; ANDE, 2006; ABRADECAR, 2007a; CPB, 2007c).

Os atletas são divididos em 10 categorias, sendo as mesmas utilizadas pelas pessoas não deficientes (MELO; LÓPEZ, 2002; ABRADECAR, 2007a). A diferença básica entre o halterofilismo tradicional e o halterofilismo paraolímpico está nos aspectos de técnica desportiva. Enquanto o primeiro desenvolve a força explosiva com movimentos de arranque e de tempo, o segundo desenvolve a força máxima (ANDE, 2006).

O levantador tem direito a três tentativas, onde em cada uma o atleta deve “[...] baixar a barra até a altura do peito, mantê-la imóvel e levantá-la com os braços até que eles estejam estendidos.” O tempo para conclusão de cada levantamento é de dois minutos, vencendo quem conseguir levantar o maior peso na melhor das três chances (ANDE, 2006; ABRADECAR, 2007a). “Ao levantador com possibilidades de conseguir um recorde mundial, é permitido uma quarta tentativa” (ANDE, 2006).

A primeira vez na qual o halterofilismo paraolímpico apareceu numa Paraolimpíada foi em 1964, na capital japonesa Tóquio. Na época, o esporte era usualmente chamado de “Levantamento de Peso”. A deficiência dos atletas era exclusivamente a lesão de coluna vertebral. Desde então até os Jogos de Atlanta-96, a participação foi exclusivamente masculina. Quatro anos depois, em Sydney, as mulheres competiram pela primeira vez (CPB, 2007c).

“O Comitê de Halterofilismo do Comitê Paraolímpico Internacional é o órgão responsável pela administração e desenvolvimento da modalidade [...]” (CPB, 2007c).

2.3.1.1.9 Hipismo (equitação)

“Equilíbrio, ritmo e precisão são necessários para a prática do hipismo” (ABRADECAR, 2007a).

Esta modalidade é aberta a deficientes físicos e deficientes visuais, onde os deficientes físicos participam apenas na categoria de habilidades (CIDADE; FREITAS, 2002; MELO; LÓPEZ, 2002; ABRADECAR, 2007a).

Homens e mulheres competem nas mesmas provas, juntos, seguindo as mesmas regras (CPB, 2007c; ABRADECAR, 2007a).

Na premiação, tanto o cavaleiro como o cavalo vencedores recebem medalhas (CPB, 2007c; ABRADECAR, 2007a).

Conforme site do Comitê Paraolímpico Brasileiro (CPB, 2007c) “nos anos 70, cavalgar era uma forma de reabilitação física e social de pessoas com deficiência. Ainda nesta década, a atividade passou a ter um quê esportivo”.

Embora a equitação tenha sido utilizada para reabilitação durante muito tempo, a estréia paraolímpica da modalidade só ocorreu em Atlanta, 1996 (CIDADE; FREITAS, 2002; IPC, 2007d).

“Por ainda precisar se desenvolver quantitativamente, a modalidade só voltou ao programa oficial na Paraolimpíada de Sydney-2000” (CPB, 2007c).

2.3.1.1.10 Natação

A natação está presente no programa oficial de competições desde a primeira paraolimpíada, em Roma, 1960, sendo, ao lado do atletismo, umas das maiores e mais populares modalidade dos jogos, atraindo um expressivo número de atletas e público (CIDADE; FREITAS, 2002; ANDE, 2006; CPB, 2007c).

As provas são divididas nas categorias masculino e feminino, e podem ser disputadas no individual ou no revezamento (CPB, 2007c). Os estilos existentes são os oficiais, sendo eles o peito, costas, livre (crawl) e borboleta, com distâncias variando entre 50 a 800 metros (MELO; LÓPEZ, 2002; CPB, 2007c; IPC, 2007d).

De acordo com Melo e López (2002), Comitê Paraolímpico Brasileiro (CPB, 2007c) e Comitê Paraolímpico Internacional (2007d) as regras são as mesmas da Federação Internacional de Natação Amadora - FINA, sofrendo algumas adaptações em função da deficiência, em especial, durante às largadas, viradas e chegadas, onde “[...] de acordo com a deficiência, é permitido sair do bloco ou do interior da piscina” (ANDE, 2006). Durante as competições os atletas não podem competir com próteses ou dispositivos auxiliares (CIDADE; FREITAS, 2002; IPC, 2007d).

Para adaptar a competição aos nadadores com diversos tipos de deficiência, cada uma das quatro grandes entidades esportivas internacionais – CP-ISRA (paralisados cerebrais), IBSA (deficientes visuais), INAS-FID (deficientes mentais), ISMWSF-ISOD (cadeirantes e amputados) elaboraram seus próprios regulamentos que incorpora normas e adaptações específicas para seus atletas (ANDE, 2006; CPB, 2007c). “Quando as adaptações englobam as várias deficiências, a entidade responsável é o Comitê de Natação do Comitê Paraolímpico Internacional” (CPB, 2007c).

2.3.1.1.11 Remo

O remo é a mais jovem modalidade paraolímpica. Foi introduzida no programa paraolímpico em 2005 e sua estréia acontecerá nos Jogos Paraolímpicos de Pequim, 2008. Diferente de outras modalidades que são adaptadas para os deficientes, no remo, apenas o equipamento foi adaptado (IPC, 2007d).

Participam da modalidade homens e mulheres divididos em quatro classes, conforme o barco (IPC, 2007d).

2.3.1.1.12 Rúgbi em cadeira de rodas

O esporte surgiu no Canadá, em 1977 e se parece bastante com o futebol americano, tendo quase os mesmos objetivos e envolvendo forte contato físico, porém, ao contrário do esporte convencional que é disputado na grama, no rúgbi em cadeira de rodas são utilizadas quadras de basquete (CPB, 2007c).

O estilo de jogo requer muita agilidade para manusear a bola, acelerar, frear e direcionar a cadeira de rodas durante a partida (CIDADE; FREITAS, 2002; CPB, 2007c).

O objetivo do jogo é marcar gols. Para isso é preciso tocar ou passar a linha de gol, situada no fundo da quadra adversária, com as rodas da cadeira. Independente da situação o atleta deverá estar segurando a bola (MELO; LÓPEZ, 2002; CPB, 2007c).

Homens e mulheres atuam juntos em equipes constituídas por quatro jogadores e oito reservas que ficam à disposição do técnico. “Esta grande quantidade de suplentes é explicada pela força das colisões entre os competidores e suas cadeiras” (CPB, 2007c).

Apesar de ser uma modalidade relativamente nova, sua expansão tem sido rápida mundo afora. Em 1996, nos Jogos Paraolímpicos de Atlanta, o rúgbi em cadeira de rodas estreou na maior competição paraolímpica mundial. Nesta ocasião, apenas os homens entraram em quadra. Já em Sydney-2000, as equipes eram formadas por homens e mulheres. Nunca houve uma seleção brasileira do esporte (CPB, 2007c).

2.3.1.1.13 Tênis em cadeira de rodas

O tênis em cadeira de rodas está no programa paraolímpico desde Barcelona 1992, e é um das modalidades que mais cresce no mundo (CPB, 2007c; IPC, 2007d). É um esporte atrativo e dinâmico, que requer dos atletas um alto nível de técnica, velocidade, resistência física, habilidade, força e estratégia (ABRADECAR, 2007a, CPB, 2007c; IPC, 2007d).

Praticam a modalidade pessoas com deficiência parcial ou total em uma ou ambas as pernas, assim como tetraplégicos (CPB, 2007c; IPC, 2007d). Os atletas jogam como o tênis tradicional, porém, na modalidade paraolímpica, a bola pode quicar duas vezes, sendo que a primeira deverá ser dentro da quadra (CIDADE; FREITAS, 2002; MELO; LÓPEZ, 2002; CPB, 2007c; IPC, 2007d).

As superfícies de jogo são as mesmas onde os olímpicos competem: saibro, grama, cimento ou carpete. Os equipamentos dos tenistas paraolímpicos têm algumas adaptações como as cadeiras de rodas, mais leves que o habitual. As raquetes têm uma tira lateral que lhes confere maior durabilidade (CPB, 2007c).

Os jogos são realizados nas categorias feminino e masculino, de forma individual e em duplas (CIDADE; FREITAS, 2002; MELO; LÓPEZ, 2002; IPC, 2007d).

2.3.1.1.14 Tênis de mesa

O tênis de mesa está presente desde Roma, 1960, em todas as edições das paraolimpíadas tanto na categoria masculino quanto feminino e é um dos

mais tradicionais esportes paraolímpicos (CIDADE; FREITAS, 2002; CPB, 2007c; IPC, 2007d).

A modalidade é jogada por deficientes físicos com lesão cerebral, lesão medular, amputação de membro inferior ou superior e por pessoas com qualquer tipo de deficiência física, nas categorias feminina e masculina, sendo as provas realizadas em duplas e individuais em categorias conforme a deficiência, podendo desta maneira, ser jogado em pé ou em cadeira de rodas (CIDADE; FREITAS, 2002; MELO; LÓPEZ, 2002; ANDE 2006; ABRADecAR, 2007a; CPB, 2007c; IPC, 2007d).

As regras para os atletas que jogam em pé são idênticas as do tênis de mesa convencional, e sofre pequenas alterações feitas pelo Comitê Internacional de Tênis de Mesa Paraolímpico - IPTTC quando jogado por atletas em cadeiras de rodas. Tais alterações referem-se basicamente ao saque e à distância entre os suportes da mesa e os atletas (CIDADE; FREITAS, 2002; MELO; LÓPEZ, 2002; ANDE 2006; ABRADecAR, 2007a; CPB, 2007c; IPC, 2007d).

A partida é dividida em cinco sets de onze pontos cada. É declarado vencedor o jogador ou dupla que ganhar três sets (CPB, 2007c; IPC, 2007d).

2.3.1.1.15 Tiro

Esta modalidade administrada tanto pela Federação Internacional de Tiro Esportivo - ISSF quanto pelo Comitê de Tiro Esportivo do Comitê Paraolímpico Internacional está presente nos jogos paraolímpicos desde 1976, em Toronto (CPB, 2007c; IPC, 2007d).

O tiro pode ser praticado por atletas com qualquer tipo de deficiência física do sexo masculino ou feminino, nas categorias em pé e sentado, podendo as equipes ser mistas (CIDADE; FREITAS, 2002; MELO; LÓPEZ, 2002; ABRADecAR, 2007a; CPB, 2007c; IPC, 2007d). Esta modalidade, que exige grande exatidão e controle, segue o sistema de classificação funcional para a divisão dos atletas nas respectivas classes (IPC, 2007d).

As regras das competições são basicamente as mesmas para atletas convencionais e com deficiência, porém com pequenas adaptações que variam de acordo com a prova, distância e tipo do alvo, posição de tiro, número de disparos e o tempo que o atleta tem para atirar (CPB, 2007c). Os atletas

competem em eventos de tiro com rifle e pistola com distâncias de 10, 25 e 50 metros (CPB, 2007c; IPC, 2007d).

2.3.1.1.16Vela

Também chamado iatismo, atletas com todas as deficiências podem participar desta modalidade (MELO; LÓPEZ, 2002; CIDADE; FREITAS, 2002).

“A Vela Paraolímpica segue as regras da Federação Internacional de Iatismo - ISAF e possui adaptações para as pessoas com deficiência, feitas pela Federação Internacional de Iatismo para Deficientes - IFDS” (CPB, 2007). De acordo com Melo e López (2002, p. irreg.), “[...] estas modificações são realizadas apenas no equipamento e na tripulação, não havendo alterações nas regras da competição”.

Em competições internacionais, são utilizados dois tipos de barcos, conforme a classe. Os barcos da classe 2.4 pesam 260 quilos e possuem 4.1 metros de comprimento; foram projetados para serem tripulados por um único atleta independente de sua condição física, pois o barco privilegia a tática e a técnica de vela sobre os aspectos físicos do velejador (ADD, 2007c; CPB, 2007c). “O nome 2.4 vem da fórmula que a classe usa para cálculo das dimensões do barco. Estes barcos têm 4.1 metros de comprimento; 0,8 m de largura e uma área vélica de cerca de 7 metros” (ADD, 2007c). Na classe Sonar, os barcos são tripulados por de três atletas, sendo estas, classificadas em função dos tipos de deficiência (CIDADE; FREITAS, 2002; CPB, 2007c). Esses barcos medem 7 metros e pesam 900 quilos (CPB, 2007c).

Tanto o Sonar quanto o 2.4 “[...] são barcos de quilha, que é uma peça de metal situada abaixo do casco do barco que impede que ele vire. Portanto são barcos estáveis e seguros, condição essencial para este uso”.

As competições, chamadas de regatas, são realizadas em percursos sinalizados por bóias. Duas rotas devem ser percorridas pelos iatistas. [...] Ganha cada prova quem percorrer o trajeto estipulado em menor tempo.

Os vencedores das regatas normalmente são os velejadores que conseguem imprimir uma maior velocidade nos barcos, realizar melhores manobras e buscar as melhores condições de vento (tática de regata) (CPB, 2007c).

Conforme site da Associação Desportiva para Deficientes (ADD, 2007c) e do Comitê Paraolímpico Brasileiro (CPB, 2007c), o Brasil se destaca

internacionalmente na Vela, sendo um esporte o que sempre conquista medalhas olímpicas, porém, somente a partir de 1999, através do Clube Desportivo Municipal de Iatismo (Guarapiranga - SP), do Clube Paradesportivo Superação e da Associação Paulista de Velejadores da Classe Day Sailer que se iniciou um programa de adaptação e de treinamento de vela para deficientes físicos.

Em Atlanta, 1996, a vela foi introduzida nas paraolimpíadas como um esporte de demonstração, conduzindo à sua aceitação nas paraolimpíadas de Sydney, 2000 (IPC, 2007d).

2.3.1.1.17 Voleibol

“A Organização Mundial de Voleibol para Deficientes-WOVD e a Federação Internacional de Voleibol-FIVB são as entidades encarregadas de administrar e regulamentar o esporte” (CPB, 2007c).

Nesta modalidade, jogada por homens e mulheres, não há sistema de classificação funcional, e são aptos para a competição desportistas com amputação, paralisia cerebral, lesões na coluna vertebral e pessoas com outros tipos de deficiência locomotora (ANDE 2006; CPB, 2007c).

O Vôlei Paraolímpico é jogado sentado no chão em uma quadra menor do que a convencional (6m de largura por 10m de comprimento) e com a altura da rede mais baixa, sendo 1,15m para homens e 1,05m para mulheres (CIDADE; FREITAS, 2002; ANDE 2006; CPB, 2007c; IPC, 2007d). “Outra diferença consiste no fato de o saque poder ser bloqueado” (CPB, 2007c). Durante o jogo, é permitido o contato das pernas dos jogadores de um time com os do outro, contanto que não haja a obstrução das condições do jogo adversário (CPB, 2007c).

Assim como no voleibol convencional, as equipes são compostas de seis jogadores em quadra e o jogo é decidido em melhor de 5 sets constituídos de 25 pontos cada (somente o último – set desempate - é constituído de 15 pontos) onde a equipe vencedora é que ganhar 3 sets (CPB, 2007c; IPC, 2007d).

O voleibol foi introduzido nos jogos paraolímpicos em 1980, em Arnhem, Alemanha (IPC, 2007d).

2.3.2 A organização internacional do desporto paraolímpico

Como citam Cidade e Freitas (2002, p. 94), “em consequência do extremo desenvolvimento do desporto para portadores de deficiência, houve a necessidade de criar entidades que organizassem o esporte adaptado nas competições internacionais, bem como regras e adaptações”.

A partir da *International Organization of Sport for People with Disabilities – IOSDS* (Organização Internacional de Esportes para Pessoas Deficientes), filiadas ao *International Paralympic Committee- IPC* (Comitê Paraolímpico Internacional) que a estrutura internacional do desporto paraolímpico se compõem (CIDADE; FREITAS, 2002).

Conforme Cidade e Freitas (2002) e Moura e Castro (2002), os organismos internacionais são estruturados por grupos de deficiências com características semelhantes sendo que as deficiências locomotoras abrangem três entidades:

A *International Stoke Mandeville Wheelchair Sport Federation – ISMWSF* (Federação Internacional de Esporte em Cadeira de Rodas de Stoke Mandeville) “talvez seja a mais conhecida federação internacional [...]” (CIDADE; FREITAS, 2002, p. 97). É ela que regulamenta e organiza as provas realizadas em cadeiras de rodas.

A *International Sports Organization for Disable – ISOD* (Organização Internacional do Desporto para Deficientes), conforme Cidade e Freitas (2002, p. 98) surgiu para agrupar “[...] as deficiências que não estavam incluídas em outras federações, como os amputados e ‘les autres’ (distrofias musculares, esclerose múltipla, nanismo, pólio)”.

A *Cerebral Palsy – International Sports and Recreation Association – CP-ISRA* (Associação Internacional de Desportos e Recreação para Paralisados Cerebrais) segundo Cidade e Freitas (2002) e Moura e Castro (2002), foi criada para atender pessoas com lesão do sistema nervoso central e outros tipos de deficiências neurológicas que provoquem disfunção motora, proporcionando para tais maiores oportunidades recreativas e desportivas.

2.3.3 A organização nacional do desporto paraolímpico

A organização do desporto paraolímpico nacional iniciou em 1975, com a criação da Associação Nacional de Desporto para Excepcionais – ANDE, que na época, agregava todos os esportes praticados por atletas com todos os tipos de deficiência (ANDE, 2007a; CPB, 2007d). “Com o passar dos anos, as modalidades passaram a ser tratadas por tipo de deficiência” (CPB, 2007d) e hoje compreendem diferentes associações desportivas (CIDADE; FREITAS, 2002).

As entidades nacionais que trabalham com pessoas com deficiências físicas são:

A Associação Nacional de Desporto para Excepcionais – ANDE, fomenta e desenvolve as modalidades praticadas pelas pessoas com paralisia cerebral (PC) e *les autres*, e é filiada a CP-ISRA (ANDE, 2007a; CIDADE; FREITAS, 2002).

A Associação Brasileira de Desportos em Cadeira de Rodas – ABRADecAR, é responsável pelo fomento do esporte praticado por pessoas em cadeira de rodas em todo o Brasil (ABRADecAR, 2007c). “Internacionalmente é filiada a ISMWSF” (CIDADE; FREITAS, 2002, p. 103).

A Associação Brasileira de Desporto para Amputados – ABDA, é a organizadora do desporto para pessoas com amputações e internacionalmente é filiada a ISOD (CIDADE; FREITAS, 2002).

Em 1989, com a fundação do Comitê Paraolímpico Internacional - IPC, surgiu a tendência para a criação de comitês paraolímpicos nacionais – NPCs, e em decisão conjunta entre as entidades nacionais, em 9 de fevereiro de 1995, foi fundado o Comitê Paraolímpico Brasileiro – CPB, “[...] que tem como uma de suas principais funções a organização de eventos paraolímpicos nacionais para o desenvolvimento deste tipo de esporte no País” (CPB, 2007d).

2.3.3.1 Clubes e associações de deficientes físicos

Vários são os clubes paradesportivos e associações de deficientes físicos integrados a uma ou mais entidades nacionais que trabalham com esportes para pessoas com deficiências físicas em todo o país, sendo que a Associação

Nacional de Desporto para Excepcionais possui 52 clubes filiados, a Associação Brasileira de Desportos em Cadeira de Rodas conta com 87 clubes filiados e são afiliados a Associação Brasileira de Desporto para Amputados, 51 clubes (ABDA, 2007; ABRADecAR; 2007d; ANDE, 2007b).

Dentre estas associações e clubes paradesportivos, Curitiba possui apenas dois, sendo elas a Associação dos Deficientes Físicos do Paraná (ADFP) e o Clube Esportivo dos Deficientes (CEDE).

Ambas as instituições, conforme informações recebidas nas mesmas, oferecem, somadas, dez modalidades paraolímpicas e contam com 104 atletas praticantes.

2.4 O ABANDONO PARADESPORTIVO

O alto nível é a busca do rendimento máximo do atleta, tanto do ponto de vista biofísico, psicológico quanto sociológico. “Isto faz com que o esporte de alto nível apresente características que o tornam seletivo, oferecendo oportunidade a um número reduzido de participantes” (BRAZUNA; MAUERBERG-DeCASTRO, 2001, p. 116). Por conta deste agrupamento menor de indivíduos no topo da pirâmide,

[...] o esporte de alto nível tem sofrido várias considerações que levam a posicionamentos ambíguos da parte de profissionais do esporte e da educação física. Particularmente, a relação competição e estresse tem levado pesquisadores a questionar seu valor ético e influências na saúde mental de quem pratica e de quem consome (espectadores e torcedores) (BRAZUNA; MAUERBERG-DeCASTRO, 2001, p. 116).

Na área do esporte adaptado de alto rendimento, conforme Brazuna e Mauerberg-deCastro (2001, p.116), “parece que os benefícios ainda têm sido mais freqüentes do que possíveis efeitos negativos”.

Vários autores (BRAZUNA; MAUERBERG-DeCASTRO, 2001; CIDADE; FREITAS, 2002; MELO A.; LÓPEZ, 2002; MOURA E CASTRO, 2002; PAIM, 2003; ITANI; ARAÚJO; ALMEIDA, 2004; GORLA, ARAÚJO, CARMINATO, 2005; SILVA, OLIVEIRA; CONCEIÇÃO, 2005; ALMEIDA; TONELLO, 2007; MOREIRA

et al., 2007) apontam os benefícios da atividade física e esportes para pessoas com diferentes deficiências físicas em diferentes âmbitos, sendo consenso que o esporte complementa e amplia as alternativas; estimula e desenvolve os aspectos físicos, psicológicos e sociais; viabiliza a liberação das tensões e da agressividade; favorece a independência; aumenta a agilidade no manejo da cadeira de rodas; aumenta o equilíbrio dinâmico ou estático, a força muscular, a coordenação motora e a resistência física; reduz os riscos de doenças cardiovasculares e de infecções respiratórias; diminui a incidência de complicações médicas (infecções urinárias, escaras e infecções renais) reduzindo hospitalizações; aumenta a expectativa e a qualidade de vida; auxilia no enfrentamento da deficiência, revertendo possíveis tendências ao ócio, à apatia e ao isolamento; melhora a integração com a comunidade, assim como a auto-imagem, auto-estima e satisfação com a vida; diminui a probabilidade de distúrbios psicológicos e aumenta a autonomia da pessoa com deficiência física.

Apesar de o esporte adaptado ter muito mais benefícios a serem descritos, “[...] é natural que existam aspectos limitantes da participação e que não fogem à regra na comparação com o esporte da população normal” (BRAZUNA; MAUERBERG-DeCASTRO, 2001, p. 118).

O desporto para pessoas com deficiência não raro encontra diversas dificuldades no que diz respeito à infra-estrutura dos clubes e associações para o desenvolvimento da prática esportiva, tais como locais apropriados, materiais e equipamentos adequados, além da “[...] falta de profissionais habilitados e adequadamente preparados para atuarem com essas pessoas nos esportes específicos, principalmente, no que diz respeito a avaliação e metodologia do treinamento esportivo com bases científicas”. Além disso, em alguns casos, há a falta de conscientização dos próprios deficientes de seus familiares sobre a importância do esporte como fator preponderante no auxílio à re-inserção da pessoa com deficiência na vida social (COSTAS; SANTOS, 2002, p. 70).

Por isso, a escolha de uma modalidade esportiva, assim como a permanência do atleta em tal,

pode depender em grande parte das oportunidades que são oferecidas aos portadores de deficiência física, da sua condição sócio-econômica, das suas limitações e potencialidades, da suas preferências esportivas, facilidade nos

meios de locomoção e transporte, de materiais e locais adequados, do estímulo e respaldo familiar, de profissionais preparados para atendê-los, dentre outros fatores (MELO; LÓPEZ, 2002, p. irreg.).

Ou seja, o sucesso na vida e no esporte paraolímpico, que hoje é considerado de alto nível, requer do atleta deficiente um somatório de motivação, oportunidades, incentivo, trabalho, treinamento e sacrifício (VITAL *et al.*, 2002).

Não é raro ouvirmos “[...] que um atleta abandonou sua carreira esportiva ou então que o seu rendimento está aquém do esperado e, na maioria das vezes, os técnicos não sabem identificar as causas desses resultados” (CHIMINAZZO; MONTAGNER, 2004, p. irreg.).

Na área esportiva, sempre se ouviu falar em desistências de atletas ou quedas de rendimento, mas muito pouco ou quase nada se ouviu dizer a respeito dos motivos que conduziram a esse inesperado acontecimento. Antes dessa desistência o atleta se sente esgotado tanto no aspecto físico, quanto psíquico e social. A esse esgotamento da atividade em questão chamamos de síndrome de *burnout*¹⁰ (CHIMINAZZO; MONTAGNER, 2004, p. irreg.).

De acordo com Pires, Brandão e Machado (2005, p. 147) “por se tratar de um conjunto de sintomas de ordem física e psicológica, muitas vezes o quadro de *burnout* não é reconhecido em curto prazo em atletas, técnicos, árbitros, e até mesmo em diretores esportivos de escolas” indivíduos estes, propensos à aquisição da síndrome.

Tal propensão se desenvolve à medida que os profissionais da área lidam com constantes relações interpessoais, sejam elas com os alunos, diretores de escola, membros de suas equipes técnicas, equipe de arbitragem, dirigentes, imprensa, amigos ou familiares. Juntamente com essas relações, são vivenciadas percepções de cobranças, críticas, cansaço e estresse (PIRES; BRANDÃO; MACHADO, 2005, p. 149).

“Isso pode propiciar, como consequência mais grave da síndrome, o abandono esportivo do profissional, fenômeno conhecido pelo termo ‘*dropout*’” (PIRES; BRANDÃO; MACHADO, 2005, p. 147).

¹⁰ O significado literal para *burnout* em português é “queimar para fora”. Porém, sua tradução é mais bem expressada pela palavra esgotamento. No entanto, devido ao fato de o *burnout* ter se firmado como um termo internacionalmente reconhecido na literatura científica, optou-se pela manutenção da nomenclatura original. (PIRES; BRANDÃO; MACHADO, 2005, p. 148)

Conforme Weinberg e Gould (1996), Garcés de Los Fayos Ruiz e Vives Benedicto (2002), Samulski (2002), Chiminazzo e Montagner (2004) e Hansel e Neuenfeldt (2007) vários são os motivos que podem levar ao esgotamento do atleta e conseqüentemente a desistência da prática esportiva, contribuindo para o surgimento da síndrome de *burnout*, entre eles, a estafa; o sobretreinamento; altas demandas competitivas; as pressões externas; exigência de vitórias e cobranças acerca da perfeição por parte de treinadores, pais e amigos; dificuldades de relacionamento com o treinador; monotonia dos treinamentos; falta de habilidades esportivas; decepção das expectativas iniciais com os resultados finais obtidos; falta de contatos pessoais fora do ambiente esportivo; falta de apoio de familiares e amigos; falta de tempo para outras atividades; sentimento de isolamento frente à equipe técnica; comparações entre jogadores melhores no mesmo grupo; assim como carência de reforços positivos pelos resultados conseguidos.

Brazuna e Mauerberg-deCastro (2001, p.118) destacam que “o esporte adaptado tem o significado de competição do atleta contra si, contra sua deficiência, contra a vida e contra os outros” e que conciliar o esporte com as demais atividades pode acarretar em perdas no âmbito social, educacional, econômico, familiar, relacional, vocacional e físico.

“As perdas econômicas são as viagens de competição, onde alguns atletas alocam seu dinheiro e reservas econômicas que poderiam estar em outros objetivos tão importantes quanto o esporte” (BRAZUNA; MAUERBERG-DeCASTRO, 2001, p. 118). O mesmo autor cita que falta de profissionalização dos atletas no âmbito paradesportivo faz com que muitos deficientes físicos custeiem seu próprio treinamento e dependam de filantropismo para patrocínio, sendo que mesmo para os atletas já consagrados “obter patrocínio é quase um milagre” (KEHDI, 2005, p.17). Além disso, muitos deficientes têm condições socioeconômicas baixas e dependem da assistência social para se manterem na prática esportiva (MOREIRA *et al.*, 2007), por isso, as condições econômicas, a necessidade de trabalhar e o patrocínio são relatados pelos atletas em pesquisas já realizadas como algumas das maiores dificuldades por eles encontradas (SAMULSKI; NOCE, 2002; MOREIRA *et al.*, 2007).

Para que o atleta possa dedicar-se com totalidade aos treinos, muitos atletas adiam ou abandonam os estudos, devido, muitas vezes, aos horários dos treinamentos, assim como pelo mesmo motivo, alguns atletas optam em abandonar o esporte para dedicar-se aos estudos e seguir uma carreira profissional (BRAZUNA; MAUERBERG-DeCASTRO, 2001; HANSEL; NEUENFELDT, 2007).

Conforme Brazuna e Mauerberg-deCastro (2001, p.118), “as perdas físicas são associadas com as lesões por esforços repetitivos (LER), normalmente nos ombros e punhos”, sendo que a ocorrência de lesões, conforme Brandão, *et al.* (2000), pode levar os atletas ao fim da carreira, acarretando, algumas vezes, em problemas psicológicos e emocionais que podem limitar a escolha de uma nova carreira esportiva.

O técnico da equipe tem papel fundamental no desenvolvimento dos atletas e sua conduta pode produzir emoções e sentimentos de caráter tanto positivo quanto negativo. O técnico pode ser responsabilizado como um dos causadores do estresse esportivo por diferentes fatores, como: manter o atleta no banco; realizar treinamentos monótonos, provocando no indivíduo aborrecimento e apatia; não motivar e não estimular os atletas de modo suficiente; e por não realizar reforços positivos, o que pode gerar sentimentos de frustração que conduzem o atleta ao *burnout* (GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ; VIVES BENEDICTO, 2002; GARCIA, 2000, apud HANSEL; NEUENFELDT, 2007).

Além do relacionamento com o técnico, a dificuldade em estabelecer laços afetivos com os demais atletas, principalmente pela existência de disputa por posição na equipe, é outro motivo que pode acarretar em desistência (HANSEL; NEUENFELDT, 2007).

As pressões externas podem ser decisivas na vida de um atleta. A cobrança por resultados por parte de treinadores e familiares, cobranças acerca da perfeição, as comparações entre irmãos ou entre jogadores melhores no mesmo grupo contribuem para o surgimento da síndrome *burnout* (CHIMINAZZO; MONTAGNER, 2004).

A supervalorização da vitória trás como conseqüência para o atleta a falta de prazer ao jogar, caracterizando o jogo pela busca da vitória e o vencer acima de tudo. Quando a importância da competição se sobrepõe à necessidade de

obter prazer praticando esporte, o atleta, que pode estar sendo afetado por perturbações físicas, psíquicas e até emocionais, fica mais suscetível ao abandono (CHIMINAZZO; MONTAGNER, 2004).

Da mesma forma que o despreparo de técnicos, que provocam a rivalidade exagerada entre atletas ou supervalorizam a performance podem provocar a saída do desportista, o encorajamento e apoio dados pelos pais e técnicos podem influenciar positivamente o atleta na continuação da carreira esportiva (BRANDÃO *et al.*, 2000). Se familiares e amigos não apoiarem a pessoa em sua prática esportiva, o sujeito estará mais predisposto ao *burnout* (GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ; VIVES BENEDICTO, 2002).

Outros fatores importantes que podem anteceder a síndrome *burnout* são o excesso de treinamento e as altas demandas competitivas, muitas vezes relacionados com a supervalorização da vitória (GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ; VIVES BENEDICTO, 2002; CHIMINAZZO; MONTAGNER, 2004).

O treinamento desportivo realizado continuamente sugere estímulos permanentes, proporcionando sucessivas adaptações psicofisiológicas do organismo humano. Essas adaptações são positivas, pois fortalecem o organismo físico e psicologicamente para enfrentar exigências cada vez mais rigorosas. A relação entre estímulo, reações e adaptações do organismo é representada pelo estresse. No entanto o estresse físico excessivo tem suas conseqüências, que nem sempre são positivas. O excesso de estresse físico pode dar origem ao sobre-treinamento, que segundo Gould *et al.* (1997), pode também ser um precursor da síndrome do *burnout* (CHIMINAZZO; MONTAGNER, 2004, p. irreg).

Os esportistas que experimentam o sobre-treinamento correm o risco de desenvolver transtornos do estado de ânimo que podem resultar em diminuição dos níveis de execução e no abandono da atividade. Por isso, faz-se necessário o controle da quantidade adequada de treinamento por parte dos profissionais do esporte, pois a longo prazo, a estratégia de “quanto mais melhor”, pode fracassar (WEINBERG; GOULD, 1996).

Excessivas demandas de energia e tempo, a falta de habilidades e o aborrecimento, são citados pelos autores como situações que podem gerar estresse e com o tempo ocasionar o esgotamento (WEINBERG; GOULD, 1996; GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ; VIVES BENEDICTO, 2002).

Conforme Garcés de Los Fayos Ruiz e Vives Benedicto (2002), em muitas ocasiões, a disposição de tempo e energia do atleta perante o esporte pode sobrepassar os limites do indivíduo e ocasionar o *burnout*. Conforme Brazuna e Mauerberg-deCastro (2001) isto ocorre principalmente se, associadas às altas demandas de tempo e a prioridade nos treinamentos e competições, ocorrer o distanciamento dos amigos.

Garcés de Los Fayos Ruiz e Vives Benedicto (2002) citam que, quando o sujeito se percebe incapaz alcançar os objetivos definidos por falta de habilidade, este passa a ter um motivo suficientemente importante para abandonar a carreira esportiva, principalmente se este fato for acompanhado de comentários por parte do técnico, amigos e familiares, pessoas estas, de grande influência e importância na vida do atleta.

Conforme o mesmo autor, quando o atleta percebe que a prática esportista habitual já não lhe recompensa pessoalmente e não satisfaz as necessidades iniciais buscadas naquele esporte, é fácil que ocorra a desistência. O mesmo ocorre quando não conseguem alcançar as metas propostas no princípio de sua prática esportiva e/ou treinamento, gerando sentimentos de frustração e desesperança que podem predispor ao aparecimento da síndrome. A monotonia percebida é outro aspecto destacável nesses esportistas.

“Finalmente, os atletas podem, por livre escolha, optar pelo fim de sua carreira. Este escolhe, voluntariamente, por razões pessoais, sociais ou esportivas” (BRANDÃO *et al.*, 2000, p. 53). A saída voluntária é associada com o reconhecimento de novas prioridades da vida, incluindo a família, educação e carreira, assim como pela troca de valores, motivações, novos interesses e objetivos, enquanto que a saída involuntária é associada com lesões, ausência de alcance de sucesso ou problemas monetários (BRANDÃO *et al.*, 2000; BRAZUNA; MAUERBERG-DeCASTRO, 2001).

Conforme Samulski (2002, p. 349) “há varias razões pelas quais os atletas abandonam o esporte, e o *burnout* é apenas uma delas”.

3 METODOLOGIA

3.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desta pesquisa corresponde a todos os atletas, novatos e experientes, praticantes de modalidades paraolímpica, da Associação de Deficientes Físicos do Paraná (ADFP) e do Clube Esportivo dos Deficientes (CEDE), totalizando 104 atletas de dez modalidades, sendo elas o atletismo (5 atletas), o basquetebol (27 atletas), o bocha (9 atletas), o halterofilismo (2 atletas), a natação (16 atletas), o remo (1 atleta), o tênis de mesa (22 atletas), o tiro (2 atletas), a esgrima (9 atletas) e o voleibol (11 atletas). Os atletas que participam das modalidades não paraolímpicas ofertadas nas instituições não participaram da pesquisa. Ambas as instituições estão localizadas em Curitiba, no Paraná, e são as únicas da cidade que trabalham com esporte competitivo para deficientes físicos.

Para seleção da amostra foi utilizada a técnica probabilística intencional por voluntário, onde faz parte da amostra apenas os atletas praticantes das modalidades paraolímpicas que foram encontrados no local de treinamento e/ou se disponibilizaram a responder os questionários via telefone, totalizando 81 atletas participantes.

Os atletas participantes apresentam diferentes deficiências físico-motoras sendo 34 atletas usuários de cadeira de rodas e 47 atletas não usuários de cadeira de rodas; em relação ao gênero, a predominância é de atletas do sexo masculino (67 homens e 14 mulheres).

3.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Os dados foram coletados através de dois questionários validados por três especialistas da área da Educação Física Adaptada e/ou Administração. Estes questionários visam conhecer o perfil do grupo (tipo de deficiência físico-motora, gênero, modalidade, tempo de prática e experiência na modalidade) e levantar dados sobre quais são as principais dificuldades encontradas pelos atletas,

profissionais e novatos, para treinar, além dos fatores psicológicos, sociais e estruturais que os levariam ao abandono do esporte. Para que não houvesse dúvidas entre os atletas, cada item do questionário foi descrito, desta maneira, havendo uma padronização da explicação.

Para que fosse possível aplicar os questionários com o maior número possível de atletas, a coleta de dados foi realizada via telefone e no local de treinamento de cada modalidade, sendo eles:

- Departamento de Educação Física, UFPR – modalidade: bocha.
- Centro de Educação Física e Desportos (CED), UFPR – modalidades: atletismo, basquetebol, halterofilismo e natação.
- Associação de Deficientes Físicos do Paraná (ADFP) – modalidades: tiro, esgrima e tênis de mesa.
- Centro de Capacitação Esportiva (CCE) – modalidade: voleibol
- Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC – PR) – modalidades: atletismo, basquetebol, halterofilismo, natação e tênis de mesa.

Os questionários foram respondidos no local e logo em seguida devolvidos.

3.3 ANÁLISE E ESTATÍSTICA

A análise dos dados, sobre as principais dificuldades encontradas pelos atletas para treinar e competir e os fatores que levariam a desistência esportiva, é descritiva, composta por procedimentos de média, desvio padrão e distribuição de frequência.

Os procedimentos foram realizados no programa Microsoft Office Excel 2003.

A análise dos resultados não se resume a descrição quantitativa dos dados, pois estes servirão como base para uma análise qualitativa das respostas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 PERFIL DO GRUPO

Antes da análise dos dados, traçaremos um perfil do grupo participante da pesquisa.

Participaram da pesquisa 81 atletas. Este número corresponde a 77,88% dos para-atletas da cidade de Curitiba. Podemos verificar no quadro 1 que estes atletas estão divididos em dez modalidades, sendo que o maior número está presente na modalidade basquetebol, com 20 praticantes (24,69%) e na modalidade tênis de mesa, com 15 praticantes (18,51%).

Quadro 1 – Distribuição dos atletas por modalidade

Modalidade	N	%
Atletismo	4	4,93
Basquetebol	20	24,69
Bocha	8	9,87
Esgrima	7	8,64
Halterofilismo	1	1,23
Natação	14	17,28
Remo	1	11,23
Tênis de mesa	15	18,51
Tiro	1	1,23
Voleibol	10	12,34
Total	81	100

Por ser um item de preenchimento opcional, nem todos os atletas revelaram sua idade. Entre os 49 atletas que responderam este item, verificamos que o mais novo tem 17 anos e o mais velho 56, sendo a idade média de $32,04 \pm 9,80$ anos.

O tempo de prática esportiva varia entre 1 mês e 27 anos e, em média, o tempo é de $4,72 \pm 5,91$ anos (o alto desvio padrão se deve a grande variação no

tempo de prática). No quadro 2, verificamos que 43,20% dos atletas praticam a modalidade entre 1 e 4 anos.

Quadro 2 - Distribuição dos atletas por tempo de prática

Tempo de prática	N	%
Abaixo de 6 meses	13	16,04
7 a 11 meses	7	8,64
1 a 4 anos	35	43,20
5 a 9 anos	12	14,81
10 a 14 anos	5	6,17
15 a 19 anos	4	4,93
Acima de 20 anos	5	6,17
Total	81	100

Dentre os atletas, 8 (9,87%) nunca participaram de nenhum campeonato, e 23 (28,39%) já participaram de campeonatos internacionais. Conforme Brazuna e Mauerberg-deCastro (2001, p. 116) “nos países de primeiro mundo, os atletas conseguem o status internacional no esporte adaptado entre seis meses e dois anos”, na presente pesquisa, verificamos que os atletas que já participaram de campeonatos internacionais praticam a modalidade entre 11 meses e 27 anos sendo que a média é de $10,21 \pm 6,86$ anos de prática.

Os atletas apresentam diferentes deficiências físico-motoras (quadro 3), com predominância de lesados medulares (32,09%, sendo principalmente paraplégicos – 19,75%), amputados (23,45%) e atletas com seqüela de poliomielite (18,51%). Dentre estes, 33 (40,74%) são usuários de cadeira de rodas e 48 (59,25%) não utilizam cadeira de rodas em seu dia-a-dia.

Devemos sempre lembrar que, conforme cita Mattos (1994, p.82) “cada patologia apresenta características particulares que podem se tornar um impedimento na vida do indivíduo como podem ser facilmente superadas ou ser motivo de prover a busca de independência e desenvolvimento”.

Quadro 3 – Distribuição dos atletas por deficiência físico-motora

Deficiência físico-motora	N	%
Acidente Vascular Cerebral (paraplegia)	1	1,53
Amputação (membro inferior)	15	18,51
Amputação (membro inferior e superior)	1	1,53
Distrofia Muscular	1	1,53
Espinha bífida (Mielomeningocele)	1	1,53
Imperfeições Congênicas (má formação)	4	4,93
Imperfeições Congênicas (luxação de quadril)	1	1,53
Lesão Medular (monoplegia)	3	3,70
Lesão Medular (paraplegia)	16	19,75
Lesão Medular (tetraplegia)	3	3,70
Lesão Medular (paraparesia)	3	3,70
Lesão Medular (tetraparesia)	1	1,53
Paralisia Cerebral (hemiplegia)	5	6,16
Paralisia Cerebral (ataxia)	1	1,53
Paralisia Cerebral (outras seqüelas)	8	9,87
Poliomielite	15	18,51
Traumatismo Crânio Encefálico	2	2,46
Total	81	100

Em relação ao gênero, 82, 71% são homens e apenas 17, 28% são mulheres.

4.2 RESULTADOS POR MODALIDADES

4.2.1 Atletismo

Dentre os 4 atletas praticantes desta modalidade, 2 competem na categoria pista e 2 em lançamentos e arremessos. O tempo de prática varia entre 4 meses e 20 anos e dois atletas já participaram de campeonatos internacionais. Em relação ao sexo, três atletas são homens e uma atleta é mulher. Dois atletas tem poliomielite e dois lesão medular (paraplegia), sendo três usuários de cadeira de rodas e um não usuário.

Apesar do pequeno número de atletas praticantes desta modalidade, é possível verificar no quadro 4 que a falta de patrocínio dificulta muito 75% dos atletas; o mesmo item foi considerado importante para o abandono esportivo (quadro 5) por 75% dos atletas, e decisivo por 25%. Os itens família e amigos foram respondidos por 100% dos participantes como fatores que não dificultam suas vidas como atletas. Conflitos com familiares também não tem nenhuma importância para a desistência esportiva para 100% dos atletas.

Quadro 4 - Dificuldades encontradas pelos atletas - Atletismo

	Não Dificulta		Dificulta Pouco		Dificulta		Dificulta Muito		Sem resposta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Família	4	100	0		0		0			
Amigos	4	100	0		0		0			
Técnico	3	75	1	25	0		0			
Colégio	2	50	0		2	50	0			
Patrocínio	0		1	25	0		3	75		
Necessidade de trabalhar	3	75	0		1	25	0			
Condições de treino	2	50	0		1	25	1	25		
Falta de treino	1	25	0		2	50	1	25		
Excesso de treino	2	50	0		2	50	0			
Desmotivação	1	25	2	50	1	25	0			
Lesão/doenças	3	75	0		1	25	0			
Transporte (treino)	1	25	1	25	2	50	0			
Transporte (competição)	1	25	0		2	50	1	25		
Federação	0		0		2	50	1	25	1	25
Fatores físicos	3	75	1	25	0		0			
Características pessoais	3	75	1	25	0		0			
Outro - Qual?										
- Falta de psicólogo							1	25		
- Falta de apoio do governo/ estado							1	25		

Quando perguntados se havia outro motivo não relacionados na listagem sobre os fatores que dificultam o treinamento e/ou competição, um dos atletas relatou sua dificuldade em se concentrar, e respondeu que a falta de um psicólogo é algo que dificulta muito, não somente durante as competições, mas também durante os treinamentos. Como cita Weinberg e Gould (1996) uma tarefa específica para o psicólogo é ajudar emocionalmente as pessoas nas fases de insegurança, a fim de que possam encontrar rapidamente a segurança e a autoconfiança.

Outro atleta citou a falta de apoio do governo/ estado como fator que dificulta muito, não somente a ele, mas a todos os para-atletas, não unicamente no quesito patrocínio, como também na falta de apoio para o esporte paraolímpico com um todo. É importante lembrarmos que, conforme já citado na página 19, cabe aos

órgãos e entidades do poder público o incentivo a prática desportiva formal e não formal, assim como, estimular meios que facilitem o exercício de atividades desportivas entre as pessoas com deficiências e as entidades as quais representam.

Entre os motivos assinalados, o com maior importância para o abandono da modalidade é problema com saúde ou lesões, sendo apontado como decisivo por 50% e como fator importante por 25% dos atletas.

Quadro 5 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte - Atletismo

	Sem importância		Pouca importância		Importante		Decisivo		Sem resposta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conflitos com familiares	4	100	0		0		0			
Falta de contatos sociais	2	50	0		2	50				
Conflitos com técnico/ companheiros	3	75	0		1	25	0			
Necessidade de estudar/ compromissos relacionados	2	50	0		2	50	0			
Falta de patrocínio	0		0		3	75	1	25		
Necessidade de trabalhar	2	50	0		2	50	0			
Condições de treino	3	75	0		0		1	25		
Falta de treinamento	1	25	0		2	50	1	25		
Carga excessiva nos treinos	3	75	0		1	25	0			
Monotonia nos treinos	2	50	1	25	1	25	0			
Problemas com saúde / lesão	1	25	0		1	25	2	50		
Falta de prazer	1	25	1	25	1	25	1	25		
Falta de transporte para ir ao local de treinamento	2	50	0		2	50	0			
Dificuldade para obtenção de transporte para competição	1	25	0		2	50	1	25		
Falta de talento	2	50	1	25	1	25	0			
Pressão de vencer	3	75	0		0		1	25		
Falta de tempo para outras atividades	2	50	0		2	50	0			
Falta de sucesso (resultados)	2	50	0		2	50	0			
Outro - Qual? - Perda de alguém da família					1	25				

Entre os outros motivos que podem levar ao abandono do esporte, foi relatado por um participante que a perda de um ente da família foi capaz de afastá-lo por um tempo dos treinamentos e que sua força de vontade fez com que retornasse, ou seja, neste caso, é um fator muito importante para o abandono, porém não decisivo. Conforme Brazuna e Mauerberg-deCastro (2001, p. 121), uma

doença na família, por exemplo, pode levar o indivíduo a “[...] focalizar outras prioridades da vida, ainda que o mesmo não deseje sair do esporte”

4.2.2 Basquete em cadeira de rodas

Participaram da pesquisa 20 atletas da modalidade basquetebol em cadeira de rodas. Apenas atletas do sexo masculino praticam este esporte em Curitiba, e o tempo de prática da modalidade varia entre 2 meses e 27 anos. Três atletas já participaram de campeonatos internacionais e apenas um nunca participou de competições. Entre os indivíduos praticantes, 9 são cadeirantes e 11 não se locomovem com cadeira de rodas em seu cotidiano. Conforme citado anteriormente na página 27, muitos atletas com diferentes deficiências físicas dedicam-se à prática do basquetebol em cadeira de rodas, principalmente lesados medulares e, no caso particular do Brasil, indivíduos com seqüelas de poliomielite (GORGATTI; BÖHME, 2003). Esses dados também foram observados na presente pesquisa, onde dentre os 20 atletas, 9 apresentam seqüelas de poliomielite, 7 são lesados medulares (paraplegia), 2 tem paralisia cerebral, 1 é amputado de membro inferior e 1 apresenta má formação congênita.

Analisando o quadro 6, verificamos que 100% destes atletas recebem apoio dos amigos e 90% de seus familiares. A falta de patrocínio foi assinalado por 40% dos atletas como fator que dificulta muito, porém apenas 20% destes largariam o esporte pela falta de patrocínio (quadro 7). Problemas com saúde e/ou lesões foi o item com maior importância para a desistência dos atletas, considerado decisivo por 30% e importante por 25% dos pesquisados. 85% dos atletas responderam que a carga excessiva não dificulta os treinamentos e 75% não desistiria por este motivo. Analisando as respostas abertas, um atleta citou o pouco tempo para treinar como fator que dificulta muito, mostrando que, possivelmente não haja um excesso nos treinamentos.

O atleta mais experiente na prática desta modalidade citou a não renovação de atletas como fator que dificulta não somente a ele, mas o desenvolvimento do esporte. Na página 22 foi retratado que apesar da evolução do esporte adaptado brasileiro, pela falta de informação e de condições para a sua prática, muitos

deficientes ainda não têm acesso a ele (ADD, 2007a). O mesmo atleta cita que ainda está praticando a modalidade por conta dos poucos atletas ingressantes e que havendo a renovação, provavelmente se aposentará. Hopper (1984) apud Brazuna e Mauerberg-deCastro (2001, p. 121), cita que “a decisão para aposentar-se é muitas vezes permanente, em alguns casos são incertos, em outros o retorno apenas paira na memória e na lembrança”.

Outro motivo citado como fator que dificultam os para-atletas foi a falta de incentivo da sociedade e o reconhecimento limitado por parte do público em geral sobre suas potencialidades. Este mesmo item foi citado em outra pesquisa (LIMA, OLIVEIRA, NAKADA, 2006) como um fator desmotivante devido a falta de credibilidade que as pessoas da sociedade qualificam os deficientes, não acreditando em seus potenciais.

Quadro 6 - Dificuldades encontradas pelos atletas - Basquete em cadeira de rodas

	Não Dificulta		Dificulta Pouco		Dificulta		Dificulta Muito		Sem resposta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Família	18	90	0		0		1	5	1	5
Amigos	20	100	0		0		0			
Técnico	16	80	3	15	1	5	0			
Colégio	14	70	5	25	1	5	0			
Patrocínio	4	20	4	20	3	15	8	40	1	5
Necessidade de trabalhar	12	60	6	30	1	5	1	5		
Condições de treino	7	35	9	45	3	15	0		1	5
Falta de treino	8	40	3	15	5	25	4	20		
Excesso de treino	17	85	2	10	1	5	0			
Desmotivação	11	55	3	15	2	10	4	20		
Lesão/doenças	9	45	5	25	3	15	3	15		
Transporte (treino)	12	60	3	15	2	10	3	15		
Transporte (competição)	7	35	3	15	7	35	3	15		
Federação	10	50	4	20	3	15	2	10	1	5
Fatores físicos	11	55	8	40	0		1	5		
Características pessoais	13	65	7	35	0		0			
Outro - Qual?										
- Não renovação de atletas							1	5		
- Pouco tempo para treinar							1	5		
- Falta de incentivo da sociedade (geral)							1	5		

Além da renovação de atletas e dos motivos com grande incidência de respostas, a desmotivação foi citada por um atleta como algo que poderia levá-lo ao abandono esportivo. Paim (2003) cita que os motivos implicam no exame das razões pelas quais as pessoas escolhem executar algumas tarefas com maior comprometimento do que outras ou, ainda, persistir numa atividade por longo

período de tempo. Em muitas vezes, a motivação é responsável pelas razões as quais o indivíduo decide realizar uma atividade física ou não, assim como persistir em tal, ou não.

Apesar da necessidade de trabalhar ter sido citada por apenas 15% dos atletas como fator decisivo e por outros 15% como fator importante para o abandono esportivo, um dos atletas citou que se conseguisse um emprego com um bom salário provavelmente deixaria o esporte.

Quadro 7 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte - Basquete em cadeira de rodas

	Sem importância		Pouca importância		Importante		Decisivo		Sem resposta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conflitos com familiares	15	75	1	5	1	5	2	10	1	5
Falta de contatos sociais	13	65	4	20	2	10	1	5		
Conflitos com técnico/ companheiros	11	55	3	15	2	10	4	20		
Necessidade de estudar/ compromissos relacionados	11	55	3	15	3	15	3	15		
Falta de patrocínio	7	35	6	30	3	15	4	20		
Necessidade de trabalhar	9	45	5	25	3	15	3	15		
Condições de treino	10	50	2	10	5	25	3	15		
Falta de treinamento	9	45	2	10	4	20	5	25		
Carga excessiva nos treinos	15	75	0		3	15	2	10		
Monotonia nos treinos	9	45	5	25	2	10	3	15	1	5
Problemas com saúde / lesão	7	35	2	10	5	25	6	30		
Falta de prazer	9	45	3	15	2	10	6	30		
Falta de transporte para ir ao local de treinamento	9	45	4	20	5	25	2	10		
Dificuldade para obtenção de transporte para competição	10	50	2	10	4	20	4	20		
Falta de talento	10	50	3	15	4	20	3	15		
Pressão de vencer	13	65	2	10	2	10	1	5	2	10
Falta de tempo para outras atividades	12	60	4	20	3	15	1	5		
Falta de sucesso (resultados)	9	45	7	35	2	10	2	10		
Outro - Qual?										
- Emprego (bom salário)					1	5				
- Desmotivação							1	5		
- Renovação de atletas							1	5		

4.2.3 Bocha

Fizeram parte da amostra 8 atletas, todos do sexo masculino. Conforme Campeão (2002), o jogo foi inicialmente criado para atender pessoas com paralisia cerebral severa, porém, atualmente, outros deficientes físicos podem competir

4.2.4 Esgrima

Os questionários foram aplicados a 7 praticantes desta modalidade, sendo que destes, 4 são usuários de cadeiras de rodas e 3 não são usuários. Nesta modalidade, a predominância é de atletas do sexo feminino, participando da pesquisa 5 mulheres e 2 homens. Praticam a modalidade atletas de diferentes deficiências físico-motoras: 2 com paralisia cerebral (1 com hemiplegia e 1 com atáxia), 2 lesados medulares (1 com paraparesia, 1 com paraplegia), 1 com poliomielite, 1 com traumatismo crânio encefálico (TCE) e 1 com espinha bífida (mielomeningocele).

O tempo de prática dos atletas varia entre um mês e 2 anos. Quatro atletas nunca participaram de campeonatos e nenhum dos atletas tem participação internacional na modalidade.

Assim como em outras modalidades, verificamos no quadro 10 que família e amigos não dificultam 100% dos atletas. As condições de treino foram citadas por 42,85% dos atletas como fator que dificulta e por 28, 57% como fator que dificulta muito o treinamento. Estes resultados foram citados devido às condições das armas e dos materiais necessários a prática.

Quadro 10 - Dificuldades encontradas pelos atletas – Esgrima

	Não Dificulta		Dificulta Pouco		Dificulta		Dificulta Muito		Sem resposta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Família	7	100	0		0		0			
Amigos	7	100	0		0		0			
Técnico	6	85,71	1	14,28	0		0			
Colégio	5	71,42	2	28,57	0		0			
Patrocínio	1	14,28	2	28,57	1	14,28	3	42,85		
Necessidade de trabalhar	5	71,42	0		1	14,28	1	14,28		
Condições de treino	2	28,57	0		3	42,85	2	28,57		
Falta de treino	2	28,57	1	14,28	1	14,28	3	42,85		
Excesso de treino	6	85,71	1	14,28	0		0			
Desmotivação	2	28,57	1	14,28	2	28,57	0		2	28,57
Lesão/doenças	3	42,85	1	14,28	2	28,57	1	14,28		
Transporte (treino)	2	28,57	1	14,28	1	14,28	3	42,85		
Transporte (competição)	3	42,85	0		2	28,57	2	28,57		
Federação	2	28,57	0		0		0		5	71,42
Fatores físicos	2	28,57	4	57,14	0		1	14,28		
Características pessoais	5	71,42	1	14,28	1	14,28	0			
Outro - Qual?										
- Relacionamento com colegas							1	14,28		
- Adaptação em cadeira de rodas							1	14,28		
- Discriminação							1	14,28		

Conforme descrito anteriormente (p. 30), independentemente da deficiência física do atleta, a esgrima adaptada é praticada em cadeira de rodas presa ao solo. Isto faz com que haja certa dificuldade na adaptação do esporte pelos atletas não cadeirantes. A modalidade também requer dos atletas, além da capacidade de adaptação, muita criatividade, velocidade, reflexos apurados, astúcia e paciência (CPB, 2007c). Por estes motivos, 57,14% dos atletas mencionaram os fatores físicos como algo que dificulta um pouco a prática da modalidade. Por estes mesmos motivos, um dos atletas citou a dificuldade em se adaptar na cadeira de rodas como fator que dificulta muito seu treinamento.

A relação com colegas foi mencionada por outro atleta como outro fator que dificulta o treinamento. A dificuldade em estabelecer laços afetivos com os demais atletas é citado por Hansel e Neuenfeldt (2007) como um motivo que pode acarretar na desistência esportiva e, apesar de ter sido citado por 71,42% como fator sem importância para o abandono, o atleta que passa por isso está suscetível a desistir.

Apesar das diversas dificuldades enfrentadas pelos para-atletas, Pereira, Silva e Pereira (2006, p. 66) afirmam que “[...] os maiores obstáculos para as pessoas com deficiência não são as suas limitações intelectuais ou físicas, mas as atitudes da sociedade em relação à deficiência e a sua contínua discriminação”, e não à toa, a discriminação foi citada por um dos atletas.

O item federação não foi respondido por 71,42% dos atletas devido ao desconhecimento dos mesmos sobre a entidade responsável pela modalidade.

Dentre os motivos que levariam ao abandono da modalidade (quadro 11), 57,14% citam a falta de prazer como fator decisivo. O mesmo percentual de atletas citou a falta de patrocínio e a falta de treinamento como fatores importantes de desistência. Somados pelo grau de importância (importante e decisivo) os itens problema com lesão e/ou saúde e pressão de vencer são os mais citados (71,42%).

Importante lembrar, que conforme citado na página 46, quando a importância da competição se sobrepõe à necessidade de obter prazer praticando esporte, o atleta fica mais suscetível ao abandono do esporte (CHIMINAZZO; MONTAGNER, 2004).

Quadro 11 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte - Esgrima

	Sem importância		Pouca importância		Importante		Decisivo		Sem resposta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conflitos com familiares	3	42,85	1	14,28	2	28,57	1	14,28		
Falta de contatos sociais	6	85,71	0		0		1	14,28		
Conflitos com técnico/ companheiros	5	71,42	1	14,28	0		1	14,28		
Necessidade de estudar/ compromissos relacionados	4	57,14	0		1	14,28	1	14,28	1	14,28
Falta de patrocínio	1	14,28	2	28,57	4	57,14	0			
Necessidade de trabalhar	4	57,14	2	28,57	1	14,28	0			
Condições de treino	4	57,14	0		3	42,85	0			
Falta de treinamento	3	42,85	0		4	57,14	0			
Carga excessiva nos treinos	6	85,71	1	14,28	0		0			
Monotonia nos treinos	4	57,14	2	28,57	1	14,28	0			
Problemas com saúde / lesão	2	28,57	0		3	42,85	2	28,57		
Falta de prazer	3	42,85	0		0		4	57,14		
Falta de transporte para ir ao local de treinamento	2	28,57	1	14,28	1	14,28	3	42,85		
Dificuldade para obtenção de transporte para competição	3	42,85	0		1	14,28	3	42,85		
Falta de talento	5	71,42	0		1	14,28	1	14,28		
Pressão de vencer	2	28,57	0		3	42,85	2	28,57		
Falta de tempo para outras atividades	6	85,71	0		1	14,28	0			
Falta de sucesso (resultados)	2	28,57	1	14,28	2	28,57	2	28,57		
Outro - Qual?										

4.2.5 Halterofilismo

Apenas um atleta praticante desta modalidade fez parte da pesquisa. Este é do sexo masculino, tem seqüela de poliomielite e está na modalidade há apenas 2 meses.

Verificamos no quadro 12 que este atleta enfrenta varias dificuldades para treinar e competir, com destaque para a falta de patrocínio e o transporte para treinamento.

Além das dificuldades assinaladas, outros dois itens foram citados pelo atleta, como a falta de acessibilidade, que ocorre pois, de acordo com Montanari (1999) e Cidade e Freitas (2002), no plano social, as diferenças transformam-se em desigualdade e, o mundo físico criado para o homem dito "normal", coloca o portador de deficiência em desvantagem em relação aos demais membros da sociedade.

A falta de apoio financeiro para os atletas iniciantes também foi citado como fator que dificulta muito. Conforme o site do Ministério do Esporte (2007), o atleta que participa de campeonatos de nível nacional recebe uma bolsa auxílio (bolsa atleta) no valor mensal de 750,00 se obter classificação entre os 3 primeiros no evento máximo nacional ou entre os 3 primeiros no ranking nacional, ou seja, só recebe apoio financeiro do governo, os atletas experientes que conseguem bons resultados nas competições. Os atletas iniciantes, que dificilmente conseguirão bons resultados a nível nacional no(s) primeiro(s) ano(s) de participação em competições, continuarão sem auxílio para se dedicar aos treinamentos e se desenvolver na carreira esportiva.

Quadro 12 - Dificuldades encontradas pelo atleta - Halterofilismo

	Não Dificulta		Dificulta Pouco		Dificulta		Dificulta Muito		Sem resposta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Família	1	100								
Amigos	1	100								
Técnico	1	100								
Colégio	1	100								
Patrocínio							1	100		
Necessidade de trabalhar					1	100				
Condições de treino					1	100				
Falta de treino					1	100				
Excesso de treino					1	100				
Desmotivação					1	100				
Lesão/doenças					1	100				
Transporte (treino)							1	100		
Transporte (competição)	1	100								
Federação					1	100				
Fatores físicos	1	100								
Características pessoais	1	100								
Outro - Qual?										
- Acessibilidade					1	100				
- Falta de apoio financeiro para atletas iniciantes					1	100				

A falta de apoio financeiro para os atletas iniciantes também foi citado como fator que dificulta muito. Conforme o site do Ministério do Esporte (2007), o atleta que participa de campeonatos de nível nacional recebe uma bolsa auxílio (bolsa atleta) no valor mensal de 750,00 se obter classificação entre os 3 primeiros no evento máximo nacional ou entre os 3 primeiros no ranking nacional, ou seja, só recebe apoio financeiro do governo, os atletas experientes que conseguem bons resultados nas competições. Os atletas iniciantes, que dificilmente conseguirão bons

resultados a nível nacional no(s) primeiro(s) ano(s) de participação em competições, continuarão sem auxílio para se dedicar aos treinamentos e se desenvolver na carreira esportiva. Por conta desta dificuldade, a falta de patrocínio e a necessidade de trabalhar são considerados decisivos para o abandono esportivo deste atleta (quadro 13).

Quadro 13 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte - Halterofilismo

	Sem importância		Pouca importância		Importante		Decisivo		Sem resposta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conflitos com familiares	1	100								
Falta de contatos sociais			1	100						
Conflitos com técnico/ companheiros	1	100								
Necessidade de estudar/ compromissos relacionados	1	100								
Falta de patrocínio							1	100		
Necessidade de trabalhar							1	100		
Condições de treino	1	100								
Falta de treinamento	1	100								
Carga excessiva nos treinos	1	100								
Monotonia nos treinos	1	100								
Problemas com saúde / lesão							1	100		
Falta de prazer	1	100								
Falta de transporte para ir ao local de treinamento					1	100				
Dificuldade para obtenção de transporte para competição					1	100				
Falta de talento	1	100								
Pressão de vencer	1	100								
Falta de tempo para outras atividades	1	100								
Falta de sucesso (resultados)					1	100				
Outro – Qual?										

4.2.6 Natação

Devido as grandes adaptações realizadas na modalidade, a natação pode ser praticada por pessoas com diversas deficiências físicas (MELO; LÓPEZ, 2002; CPB, 2007d), e entre os 14 participantes da pesquisa, 2 tem má formação congênita, 6 são amputados de membro inferior e 1 de membro inferior e superior, 2 tem paralisia cerebral (hemiplegia) e 3 são lesados medulares (1 com paraparesia, 1 com monoplegia e 1 com paraplegia). Dentre estes, apenas um atleta é usuário de cadeira de rodas.

O tempo de prática da modalidade varia entre 2 e 20 anos. Um atleta nunca participou de campeonatos e 6 já participaram de campeonatos internacionais. Em relação ao sexo, 10 atletas são homens e 4 são mulheres.

Dentre os fatores que não dificultam os atletas tanto para treino quanto para competições, verificamos no quadro 14, que os mais citados pelos praticantes foram: amigos (100% dos atletas), seguido de família e técnico, com 92,85% das respostas. Fatores físicos e transporte para treino foram mencionados por 78,57% dos atletas.

O patrocínio foi citado por 50% dos entrevistados como fator que dificulta muito e por 21,42% como fator que dificulta suas vidas como atleta. O item falta de treino, foi o 2º mais assinalado como fator que dificulta muito os atletas (42,85% das respostas).

Quadro 14 - Dificuldades encontradas pelos atletas - Natação

	Não Dificulta		Dificulta Pouco		Dificulta		Dificulta Muito		Sem resposta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Família	13	92,85	1	7,14	0		0			
Amigos	14	100	0		0		0			
Técnico	13	92,85	1	7,14	0		0			
Colégio	10	71,42	3	21,42	0		1	7,14		
Patrocínio	3	21,42	1	7,14	3	21,42	7	50		
Necessidade de trabalhar	5	32,71	2	14,28	5	32,71	2	14,28		
Condições de treino	7	50	5	32,71	2	14,28	0			
Falta de treino	3	21,42	2	14,28	3	21,42	6	42,85		
Excesso de treino	9	64,28	2	14,28	2	14,28	0		1	7,14
Desmotivação	7	50	3	21,42	1	7,14	3	21,42		
Lesão/doenças	6	42,85	3	21,42	1	7,14	4	28,57		
Transporte (treino)	11	78,57	3	21,42	0		0			
Transporte (competição)	7	50	4	28,57	1	7,14	2	14,28		
Federação	7	50	1	7,14	1	7,14	0		5	32,71
Fatores físicos	11	78,57	2	14,28	0		1	7,14		
Características pessoais	9	64,28	2	14,28	3	21,42				
Outro - Qual?										
- Falta de espaço na mídia							1	7,14		
- Preconceito										
- Acessibilidade							1	7,14		
- Falta de um fisioterapeuta acompanhando							1	7,14		
- Falta de apoio do governo e empresas privadas							1	7,14		

Além dos motivos tabelados, outros 5 fatores que dificultam e dificultam muito foram citados pelos atletas, sendo eles a falta de espaço do esporte paraolímpico na mídia, o preconceito das pessoas que não entendem os problemas decorrentes da deficiência, a falta de acessibilidade no local de treinamento, a falta de um

fisioterapeuta acompanhando tanto os treinos quanto as competições e a falta de apoio do governo e empresas privadas para o esporte paraolímpico.

Apesar da grande evolução dos jogos paraolímpicos e das modalidades adaptadas para deficientes já citados no capítulo 2, “as competições (nacionais e internacionais) para pessoas com deficiência acontecem, frequentemente, quase na ausência total de público e sem a devida divulgação por parte da comunicação social, parecendo não haver interesse em relatar os seus feitos, por vezes admiráveis” (PEREIRA; SILVA; PEREIRA, 2006, p. 66, apud MOURA E CASTRO; GARCIA, 1998), “enquanto os Jogos Olímpicos são divulgados à exaustão, os Jogos Paraolímpicos ficam relegados a uma ínfima cobertura jornalística, não existem favoritos ao pódio, nem mesmo depósito de confiança e esperança nas atividades esportivas desses atletas” (FIGUEIREDO; GUERRA; 2005, p. irreg.). Este desdém da mídia com o esporte paraolímpico foi citado como um fator que dificulta os atletas, e, conforme os mesmos autores, quando a mídia não mostra o esporte paraolímpico como ele realmente é (alto rendimento), a mídia reforça a mensagem de que o esporte adaptado, mesmo ao nível de competições internacionais, não é interessante e não merece atenção, e assim, a sociedade continua sem (in)formação para acreditar nas potencialidades das pessoas com deficiência.

A atleta que mencionou o preconceito treina em uma academia particular com pessoas sem deficiência e, algumas vezes, durante o nado sofre espasmos, e por consequência acerta quem está nadando junto. Estas pessoas, por não entenderem sua deficiência, muitas vezes a discriminam achando que os movimentos espásticos que ocorrem são voluntários. A atleta tem paralisia cerebral hemiplégica do tipo atetóide, que conforme já descrito na revisão de literatura (p. 13), “[...] se caracteriza por movimentos involuntários e incoordenados dos braços, mãos, pernas [...]” (SÃO PAULO, 1987, p.10). De acordo com Resende e Neri (2005, p.124) “as dificuldades sociais enfrentadas pelas pessoas com deficiência física [...] não raro são causadas pela deficiência da sociedade em atender e aceitar suas necessidades específicas”.

A falta de acessibilidade, citada como fator que dificulta muito os treinamentos e competições, ocorre pois, de acordo com Montanari (1999) e Cidade e Freitas (2002), no plano social, as diferenças transformam-se em desigualdade e, o mundo físico criado para o homem dito “normal”, coloca o portador de deficiência em desvantagem em relação aos demais membros da sociedade.

A falta de apoio, já citado por outros atletas de outras modalidades, foi novamente citada, desta vez por um atleta da natação, referindo-se também, a falta de apoio das empresas privadas. Conforme Costa e Santos (2002, p. 76), a busca de parcerias com empresas privadas para a sustentação do desporto paraolímpico é “inevitável e de fundamental importância para a massificação e desenvolvimento deste desporto”.

Quadro 15 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte - Natação

	Sem importância		Pouca importância		Importante		Decisivo		Sem resposta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conflitos com familiares	9	64,28	4	28,57	0		1	7,14		
Falta de contatos sociais	11	78,57	1	7,14	0		2	14,28		
Conflitos com técnico/ companheiros	9	64,28	2	14,28	2	14,28	1	7,14		
Necessidade de estudar/ compromissos relacionados	3	21,42	4	28,57	6	42,85	1	7,14		
Falta de patrocínio	3	21,42	2	14,28	6	42,85	3	21,42		
Necessidade de trabalhar	3	21,42	2	14,28	7	50	2	14,28		
Condições de treino	6	42,85	1	7,14	4	28,57	3	21,42		
Falta de treinamento	6	42,85	1	7,14	5	32,71	2	14,28		
Carga excessiva nos treinos	8	57,14	3	21,42	3	21,42	0			
Monotonia nos treinos	9	64,28	2	14,28	1	7,14	1	7,14	1	7,14
Problemas com saúde / lesão	3	21,42	3	21,42	8	57,14	0			
Falta de prazer	6	42,85	0		3	21,42	4	28,57	1	7,14
Falta de transporte para ir ao local de treinamento	7	50	0		3	21,42	4	28,57		
Dificuldade para obtenção de transporte para competição	4	28,57	1	7,14	4	28,57	5	32,71		
Falta de talento	8	57,14	2	14,28	2	14,28	2	14,28		
Pressão de vencer	9	64,28	4	28,57	1	7,14	0			
Falta de tempo para outras atividades	4	28,57	3	21,42	6	42,85	1	7,14		
Falta de sucesso (resultados)	8	57,14	2	14,28	2	14,28	2	14,28		
Outro - Qual? - Doença muito grave (ex. câncer) - Não conseguir conciliar trabalho e treinamento							1	7,14		
							1	7,14		

Analisando o quadro 15, é possível observar que a falta de contatos sociais é considerado sem importância para o abandono esportivo por 78,57% atletas da natação. Problemas com saúde e/ou lesões foi considerado por 57,14% dos atletas como fator importante para o abandono do esporte. Somando os itens importante e decisivo, 64,28% dos atletas assinalaram a falta de patrocínio, a necessidade de trabalhar e dificuldade para obter transporte para competição como fatores que

levariam a desistência. Na página 43 foi citado que devido a falta de patrocínio muitos atletas custeiam seu próprio treinamento e suas próprias viagens de competição (BRAZUNA; MAUERBERG-DeCASTRO, 2001) Além disso, muitos deficientes têm condições socioeconômicas baixas e dependem da assistência social para se manterem na prática esportiva (MOREIRA *et al.*, 2007), por isso, as condições econômicas, a necessidade de trabalhar e o patrocínio são relatados pelos atletas em pesquisas já realizadas como algumas das maiores dificuldades por eles encontradas (SAMULSKI; NOCE, 2002; MOREIRA *et al.*, 2007).

Outros fatores decisivos citados pelos atletas foram: o aparecimento de uma doença muito grave, como um câncer, por exemplo; e não conseguir conciliar o trabalho com os treinamentos.

4.2.7 Remo

Apenas um atleta é praticante desta modalidade na cidade de Curitiba, sendo ele do sexo masculino, paraplégico e usuário de cadeira de rodas. O atleta pratica a modalidade, que se tornou paraolímpica em 2005, há 3 anos, e já participou de duas seletivas mundiais.

Quadro 16 - Dificuldades encontradas pelos atletas - Remo

	Não Dificulta		Dificulta Pouco		Dificulta		Dificulta Muito		Sem resposta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Família	1	100								
Amigos	1	100								
Técnico	1	100								
Colégio	1	100								
Patrocínio							1	100		
Necessidade de trabalhar			1	100						
Condições de treino							1	100		
Falta de treino							1	100		
Excesso de treino	1	100								
Desmotivação					1	100				
Lesão/doenças							1	100		
Transporte (treino)	1	100								
Transporte (competição)			1	100						
Federação							1	100		
Fatores físicos	1	100								
Características pessoais	1	100								
Outro - Qual? - Falta de classificadores funcionais							1	100		

Como é possível verificar nos quadros 16 e 17, várias são as dificuldades encontradas por este atleta, assim como, vários são os motivos que o levaria ao abandono do esporte, porém o que chama a atenção é o outro motivo citado por ele tanto como fator dificultante quanto fator decisivo para o abandono, sendo mencionado a falta de classificadores funcionais para a modalidade.

Na prática de qualquer modalidade esportiva para pessoas com deficiência é necessário classificar os para-atletas. O sistema de classificação para os deficientes físicos denomina-se Sistema de Classificação Funcional (VITAL *et al.*, 2002). É durante a classificação funcional, que “[...]os atletas com inabilidades são agrupados em classes definidas pelo grau de função apresentado pela inabilidade” (IPC, 2007a). Quando está classificação é realizada de maneira errada, o atleta pode ser colocado em uma classe com indivíduos funcionalmente mais fortes ou mais fracos, não garantindo, desta forma, a igualdade de participação.

Quadro 17 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte - Remo

	Sem importância		Pouca importância		Importante		Decisivo		Sem resposta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conflitos com familiares	1	100								
Falta de contatos sociais			1	100						
Conflitos com técnico/ companheiros			1	100						
Necessidade de estudar/ compromissos relacionados	1	100								
Falta de patrocínio							1	100		
Necessidade de trabalhar	1	100								
Condições de treino					1	100				
Falta de treinamento							1	100		
Carga excessiva nos treinos	1	100								
Monotonia nos treinos	1	100								
Problemas com saúde / lesão			1	100						
Falta de prazer							1	100		
Falta de transporte para ir ao local de treinamento	1	100								
Dificuldade para obtenção de transporte para competição	1	100								
Falta de talento							1	100		
Pressão de vencer	1	100								
Falta de tempo para outras atividades	1	100								
Falta de sucesso (resultados)					1	100				
Outro - Qual? - Falta de classificadores funcionais							1	100		

4.2.8 Tênis de mesa

Praticam o tênis de mesa 11 homens e 4 mulheres. Em relação ao tipo de deficiência física, foram aplicados questionários a 1 atleta com poliomielite, 2 com amputação de membro inferior, 3 com paralisia cerebral (tendo um hemiplegia), 1 com luxação congênita de quadril, 1 com paraplégia causada por AVC, 1 com traumatismo crânio encefálico e 6 com lesão medular (1 com monoplegia, 1 com tetraparesia, 1 com paraparesia e 3 com paraplegia). 5 atletas são usuários de cadeira de rodas, e 10 não. O tempo de prática varia entre um mês e 18 anos. Dentre os atletas entrevistados, 4 já participaram de campeonatos internacionais e um nunca participou de campeonatos.

Verificamos no quadro 18, que o fator que dificulta muito os atletas, com maior frequência de resposta foi patrocínio (60%). No quadro 19, verificamos que este mesmo item, foi citado por 53,33% dos atletas como decisivo para a desistência do esporte.

Amigos e técnico são fatores que não dificultam 93,33% dos atletas.

Quadro 18 - Dificuldades encontradas pelos atletas – Tênis de mesa

	Não Dificulta		Dificulta Pouco		Dificulta		Dificulta Muito		Sem resposta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Família	13	86,66	1	6,66	0		1	6,66		
Amigos	14	93,33	0		1	6,66	0			
Técnico	14	93,33	1	6,66	0		0			
Colégio	10	66,66	5	33,33	0		0			
Patrocínio	2	13,33	2	13,33	2	13,33	9	60		
Necessidade de trabalhar	9	60	1	6,66	3	20	2	13,33		
Condições de treino	4	26,66	5	33,33	3	20	3	20		
Falta de treino	6	40	1	6,66	2	13,33	5	33,33	1	6,66
Excesso de treino	10	66,66	4	26,66	0		1	6,66		
Desmotivação	4	26,66	5	33,33	4	26,66	1	6,66	1	6,66
Lesão/doenças	5	33,33	3	20	3	20	4	26,66		
Transporte (treino)	5	33,33	3	20	2	13,33	5	33,33		
Transporte (competição)	6	40	3	20	2	13,33	4	26,66		
Federação	3	20	3	20	2	13,33	0		7	46,66
Fatores físicos	7	46,66	5	33,33	1	6,66	2	13,33		
Características pessoais	7	46,66	3	20	3	20	1	6,66	1	6,66
Outro - Qual? - Falta de cadeira de rodas							2	13,33		

O tênis de mesa é jogado por pessoas com qualquer tipo de deficiência física, nas categorias feminina e masculina, sendo as provas realizadas em duplas e individuais em categorias conforme a deficiência, podendo desta maneira, ser

jogado em pé ou em cadeira de rodas (CIDADE; FREITAS, 2002; MELO; LÓPEZ, 2002; ANDE 2006; ABRADECAR, 2007a; CPB, 2007c; IPC, 2007d). A falta de cadeira de rodas foi citada por dois atletas que não as utilizam como meio de locomoção como algo que muito os dificulta, pois, por não haver cadeira o suficiente, muitas vezes, os mesmos treinam em cadeiras comuns ou em pé, o que, devido a sua deficiência, impedem um bom desempenho e a sua evolução na modalidade.

Quadro 19 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte – Tênis de mesa

	Sem importância		Pouca importância		Importante		Decisivo		Sem resposta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conflitos com familiares	11	73,33	2	13,33	2	13,33	0			
Falta de contatos sociais	8	53,33	5	33,33	0		1	6,66	1	6,66
Conflitos com técnico/ companheiros	8	53,33	3	20	2	13,33	1	6,66	1	6,66
Necessidade de estudar/ compromissos relacionados	5	33,33	3	20	4	26,66	1	6,66	2	13,33
Falta de patrocínio	2	13,33	1	6,66	4	26,66	8	53,33		
Necessidade de trabalhar	5	33,33	1	6,66	5	33,33	3	20	1	6,66
Condições de treino	6	40	0		5	33,33	3	20	1	6,66
Falta de treinamento	4	26,66	0		4	26,66	6	40	1	6,66
Carga excessiva nos treinos	5	33,33	5	33,33	3	20	1	6,66	1	6,66
Monotonia nos treinos	6	40	2	13,33	6	40	0		1	6,66
Problemas com saúde / lesão	5	33,33	1	6,66	5	33,33	4	26,66		
Falta de prazer	4	26,66	2	13,33	4	26,66	5	33,33		
Falta de transporte para ir ao local de treinamento	7	46,66	2	13,33	5	33,33	1	6,66		
Dificuldade para obtenção de transporte para competição	7	46,66	3	20	4	26,66	1	6,66		
Falta de talento	3	20	2	13,33	4	26,66	6	40		
Pressão de vencer	3	20	1	6,66	10	66,66	1	6,66		
Falta de tempo para outras atividades	8	53,33	3	20	4	26,66	0			
Falta de sucesso (resultados)	4	26,66	1	6,66	8	53,33	2	13,33		
Outro - Qual?										
- Falta de compreensão							1	6,66		
- Não ser valorizado							1	6,66		
- Falta de organização do material							1	6,66		
- Briga com o técnico							1	6,66		

A pressão de vencer foi citada por 66,66% dos atletas como fator importante para o abandono. Devemos lembrar que, conforme descrito na literatura (p. 45), as pressões externas podem ser decisivas na vida de um atleta. A cobrança por resultados por parte de treinadores e familiares, cobranças acerca da perfeição, as comparações entre irmãos ou entre jogadores melhores no mesmo grupo

Analisando os quadros, verificamos que os itens patrocínio e falta de treinamento são apontados como fatores que muito dificultam o atleta e que, além disso, o levaria a desistência. Outros itens que o dificulta muito também foram citados como fatores importantes para o abandono.

Quadro 21 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte - Tiro

	Sem importância		Pouca importância		Importante		Decisivo		Sem resposta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conflitos com familiares	1	100								
Falta de contatos sociais					1	100				
Conflitos com técnico/ companheiros	1	100								
Necessidade de estudar/ compromissos relacionados					1	100				
Falta de patrocínio							1	100		
Necessidade de trabalhar							1	100		
Condições de treino							1	100		
Falta de treinamento							1	100		
Carga excessiva nos treinos					1	100				
Monotonia nos treinos							1	100		
Problemas com saúde / lesão							1	100		
Falta de prazer							1	100		
Falta de transporte para ir ao local de treinamento					1	100				
Dificuldade para obtenção de transporte para competição					1	100				
Falta de talento							1	100		
Pressão de vencer					1	100				
Falta de tempo para outras atividades					1	100				
Falta de sucesso (resultados)					1	100				
Outro - Qual?										

4.2.10 Voleibol

Dentre os 10 atletas praticantes de voleibol sentado que responderam os questionários, 8 não usam cadeira de rodas e 2 usam; 6 atletas são amputados de membro inferior, 1 tem má formação congênita, 1 tem hemiplegia, 1 paraplegia e 1 poliomielite.

O tempo de prática varia entre 3 meses e 3 anos. Todos os atletas já participaram de campeonatos e 2 já integraram a seleção Brasileira de voleibol sentado (um na categoria sub -20 e outro na categoria principal).

Analisando o quadro 22, sobre as dificuldades encontradas pelos atletas para treinar e/ou competir, citado de maneira quase unânime pelos atletas como fator que dificulta muito está o item patrocínio, com 90% das indicações. O mesmo item foi citado como fator importante para a desistência esportiva por 50% dos atletas e como fator decisivo por 30% dos atletas (quadro 23). É importante destacar que nenhum atleta recebe patrocínio em dinheiro.

Brazuna e Mauerberg-deCastro cita que falta de profissionalização dos atletas no âmbito paradesportivo faz com que muitos deficientes físicos custeiem seu próprio treinamento e dependam de filantropismo para patrocínio. Kehdi (2005, p. 17), em entrevista com Clodoaldo Silva, relata que para os atletas já consagrados “obter patrocínio é quase um milagre”.

Quadro 22 - Dificuldades encontradas pelos atletas - Voleibol

	Não Dificulta		Dificulta Pouco		Dificulta		Dificulta Muito		Sem resposta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Família	9	90	1	10	0		0			
Amigos	9	90	0		1	10	0			
Técnico	9	90	1	10	0		0			
Colégio	7	70	2	20	1	10	0			
Patrocínio	0		1	10	0		9	90		
Necessidade de trabalhar	5	50	2	20	2	20	1	10		
Condições de treino	0		4	40	4	40	2	20		
Falta de treino	1	10	3	30	1	10	5	50		
Excesso de treino	6	60	3	30	1	10	0			
Desmotivação	4	40	3	30	2	20	1	10		
Lesão/doenças	5	50	3	30	2	20	0			
Transporte (treino)	4	40	3	30	1	10	1	10	1	10
Transporte (competição)	1	10	1	10	5	50	3	30		
Federação	2	20	2	20	2	20	2	20	2	20
Fatores físicos	6	60	1	10	1	10	1	10	1	10
Características pessoais	9	90	0		0		0		1	10
Outro - Qual? Falta de atletas							1	10		

Citado por 50% dos atletas, o item falta de treinamento também foi mencionado como fator que dificulta muito, afinal, sem treinamento não há melhoria. Este mesmo item, também foi considerado importante para a desistência de 50% dos atletas e decisivo por 20%.

Os itens sem importância para o abandono esportivo mais citados foram carga excessiva nos treinos (80% das respostas), pressão de vencer e conflito com técnico/ companheiros (60% das respostas).

Levando em consideração que o item falta de treinamento foi bastante citado pelos atletas, provavelmente não haja uma carga excessiva de treinamento, por isso o item foi considerado sem importância pela maioria dos atletas.

4.3 RESULTADO GERAL

Ao analisarmos as respostas sem diferenciarmos por modalidade é possível obter uma visão geral sobre as principais dificuldades encontradas pelos atletas da Associação dos Deficientes Físicos do Paraná (ADFP) e do Clube Esportivo dos Deficientes (CEDE) para treinar e competir (quadro 24) e dos principais motivos que poderiam levar os mesmos ao abandono do esporte (quadro 25).

Como já mencionado na página 42, apesar dos múltiplos benefícios, o desporto para pessoas com deficiência não raro encontra diversas dificuldades, desde a falta de apoio de familiares e amigos até o que diz respeito à infra-estrutura dos clubes e associações para o desenvolvimento da prática esportiva.

Estas dificuldades, dependendo do modo como o atleta as percebe e responde a elas (SAMULSKI, 2002), somada a diversos outros fatores anteriormente citados (p. 44) podem gerar insatisfação e estresse excessivo, levando ao esgotamento do atleta e conseqüentemente ao abandono esportivo.

No quadro 24, observamos que amigos são quem menos dificultam os atletas sendo que 97,53% destes são apoiados por tais e apenas 7,40% dos atletas abandonariam o esporte pela falta de contatos sociais.

Assim como amigos, os familiares não dificultam a grande maioria dos atletas (90,12%) e o conflito com tais é citado por 66,66% como fator sem importância para o abandono do esporte e por apenas 9,87% como fator decisivo. É importante lembrar que, conforme Garcés de Los Fayos Ruiz e Vives Benedicto (2002), os esportistas que não recebem o apoio de amigos e familiares estão mais predispostos ao burnout.

Outra pessoa de papel fundamental para os atletas é o técnico, cujo sua conduta pode produzir emoções e sentimentos de caráter tanto positivo quanto negativo. Felizmente, para 86, 41% dos atletas o técnico não gera dificuldades e somente para 13,58% conflitos com tal é decisivo para o abandono.

Conforme já citado na página 45, o técnico pode ser responsabilizado como um dos causadores do estresse esportivo por diferentes fatores como, por exemplo, realizar treinamentos monótonos, provocando no indivíduo aborrecimento e apatia; não motivar e não estimular os atletas de modo suficiente; e por não realizar reforços positivos, o que pode gerar sentimentos de frustração que conduzem o atleta ao burnout (GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ; VIVES BENEDICTO, 2002; GARCIA, 2000, apud HANSEL; NEUENFELDT, 2007).

Um item que chama a atenção pelo alto percentual sem resposta (28,39%) é federação. Durante a pesquisa estes atletas relataram não conhecer a entidade responsável pela modalidade e nem a forma como ela poderia auxiliar em tal.

Quadro 24 - Dificuldades encontradas pelos atletas - Geral

	Não Dificulta		Dificulta Pouco		Dificulta		Dificulta Muito		Sem resposta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Família	73	90,12	4	4,93	0		3	3,70	1	1,23
Amigos	79	97,53	0		2	2,46	0			
Técnico	70	86,41	10	12,34	1	1,23	0			
Colégio	57	70,37	18	22,22	5	6,17	1	1,23		
Patrocínio	11	13,58	11	13,58	11	13,58	47	58,02	1	1,23
Necessidade de trabalhar	47	58,02	12	14,81	14	17,28	8	9,87		
Condições de treino	24	29,62	27	33,33	20	24,69	9	11,11	1	1,23
Falta de treino	21	25,92	11	13,58	16	19,75	32	39,50	1	1,23
Excesso de treino	57	70,37	14	17,28	7	8,64	2	2,46	1	1,23
Desmotivação	32	39,50	21	25,92	14	17,28	11	13,58	3	3,70
Lesão/doenças	34	41,97	16	19,75	13	16,04	18	22,22		
Transporte (treino)	38	46,91	15	18,51	9	11,11	18	22,22	1	1,23
Transporte (competição)	27	33,33	12	14,81	21	25,92	20	24,69	1	1,23
Federação	24	29,62	12	14,81	13	16,04	9	11,11	23	28,39
Fatores físicos	46	56,79	24	29,62	3	3,70	7	8,64	1	1,23
Características pessoais	53	65,43	17	20,98	8	9,87	1	1,23	2	2,46
Outras respostas					4	4,93	15	18,51		

Ao verificarmos os fatores que dificultam e dificultam muito os atletas, o patrocínio foi o mais citado (fator que dificulta 13,58% e dificulta muito 58,02% dos atletas), representando 71,60% das respostas. Buscando minimizar tal dificuldade, em 2004, o governo federal implantou o programa bolsa-atleta, cujo objetivo é

garantir uma mínima manutenção pessoal aos atletas que não possuem patrocínio, procurando dar condições para que os mesmos se dediquem ao treinamento esportivo e para a participação em competições visando o desenvolvimento pleno de sua carreira esportiva (MINISTÉRIO DO ESPORTE, 2007). Apesar deste incentivo governamental, a maioria dos atletas não o recebe, visto que o programa visa beneficiar somente os atletas que obtem o primeiro, segundo ou terceiro lugar ou estejam em primeira, segunda ou terceira colocação no ranking nacional de sua modalidade, ou ao atleta que integre ou já tenha integrado, no ano anterior ao do pleito da bolsa, a seleção nacional de sua modalidade (MINISTÉRIO DO ESPORTE, 2007). Infelizmente esta não é a realidade de grande parte dos para-atletas que, devido a falta de profissionalização, conforme já referido na página 44, faz com que muitos deficientes físicos custeiem seu próprio treinamento e dependam de filantropismo, por isso, a falta de patrocínio também é de significativa importância para o abandono do esporte (importante para 33,33% e decisivo para 28,39% dos atletas).

Além da falta de patrocínio, os atletas sofrem dificuldades com a falta de treinamento (dificulta 19,75% e dificulta muito 39,50%) que, de acordo com o relato dos mesmos, ocorre devido ao comprometimento do técnico com diversas modalidades, gerando o cancelamento dos treinos durante o período de competições de outra modalidade; pela falta de lugar fixo para treinamento, que por muitas vezes faz com que não haja local para treino; e pouco tempo semanal para a realização dos mesmos, pois algumas modalidades treinam apenas duas vezes por semana durante uma ou duas horas.

A falta de treinamento também é um fator de grande importância para o abandono dos para-atletas, tendo sido considerado importante por 32,09% e decisivo por 24,69%.

Pesquisando na literatura (WEINBERG; GOULD, 1996; GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ; VIVES BENEDICTO, 2002; SAMULSKI, 2002; CHIMINAZZO; MONTAGNER, 2004) é possível constatar o destaque que os autores dão para os riscos do estresse físico e psicológico gerados pela carga excessiva de treinamento, que podem por consequência, ocasionar a síndrome burnout. Porém, na presente pesquisa e em pesquisa realizada por Samulki e Noce (2002), verificamos que no esporte voltado à pessoa com deficiência este é um fator que não dificulta e que é

considerado de pouca importância para o abandono esportivo. Provavelmente, esta pouca importância dada pelos para-atletas ao excesso de treino ocorra justamente por que no paradesporto, como mostrado na presente pesquisa, a falta de treino é mais freqüente e, conseqüentemente, mais preocupante.

Quadro 25 - Motivos que podem levar ao abandono do esporte - Geral

	Sem importância		Pouca importância		Importante		Decisivo		Sem resposta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conflitos com familiares	54	66,66	11	13,58	7	8,64	8	9,87	1	1,23
Falta de contatos sociais	49	60,49	16	19,75	9	11,11	6	7,40	1	1,23
Conflitos com técnico/ companheiros	46	56,79	14	17,28	9	11,11	11	13,58	1	1,23
Necessidade de estudar/ compromissos relacionados	38	46,91	12	14,81	22	27,16	6	7,40	3	3,70
Falta de patrocínio	17	20,98	14	17,28	27	33,33	23	28,39		
Necessidade de trabalhar	24	29,62	11	13,58	24	29,62	11	13,58	1	1,23
Condições de treino	37	45,67	7	8,64	23	28,39	12	14,81	2	2,46
Falta de treinamento	28	34,56	6	7,40	26	32,09	20	24,69	1	1,23
Carga excessiva nos treinos	51	62,96	11	13,58	12	14,81	4	4,93	1	1,23
Monotonia nos treinos	39	48,14	15	18,51	19	23,45	5	6,17	3	3,70
Problemas com saúde / lesão	21	25,92	12	14,81	27	33,33	22	27,16		
Falta de prazer	27	33,33	11	13,58	14	17,28	28	34,56		
Falta de transporte para ir ao local de treinamento	32	39,50	10	12,34	22	27,16	17	20,98		
Dificuldade para obtenção de transporte para competição	34	41,97	7	8,64	22	27,16	18	22,22		
Falta de talento	37	45,67	11	13,58	16	19,75	18	22,22		
Pressão de vencer	44	54,32	8	9,87	22	27,16	5	6,17	3	3,70
Falta de tempo para outras atividades	44	54,32	16	19,75	19	23,45	2	2,46		
Falta de sucesso (resultados)	32	39,50	16	19,75	24	29,62	9	11,11		
Outras respostas					2	2,46	8	9,87		

Outro problema citado com um grande percentual tanto como fator que dificulta (dificulta 25,92% e dificulta muito 24,69%) quanto como motivo que levaria a desistência (importante para 27,16% e decisivo para 22,22%), foi a dificuldade em conseguir transporte para participar de competições.

Como já citado anteriormente (p. 44), devido a falta de patrocínio, muitos atletas custeiam suas viagens de competição. Strapasson (2007) cita que além da dificuldade em conseguir o transporte para as viagens, nem sempre estes estão em condições ideais, pois independente da distância a ser percorrida, normalmente as viagens são feitas em ônibus, causando desconforto, cansaço excessivo nos atletas,

além de favorecer o aparecimento de escaras. O aparecimento de tais escaras (também conhecidas como úlceras de decúbito) é mais frequente em atletas com lesões medulares, paralisia cerebral severa, e usuários de cadeiras de rodas em geral, devido ao tempo que estes permanecem na mesma posição (WERNER, 1994).

Pereira, Silva e Pereira (2006) lembram que o desporto para pessoas com deficiência a cada ano se desenvolve mais, e hoje está muito além da terapia, como é o caso do esporte competitivo, praticado por atletas profissionais e amadores. Deixar de competir pela falta de transporte para viagens, sem dúvida é frustrante para o deficiente que treina visando a competição e não apenas a prática como ocupação do tempo livre e/ou reabilitação. Devemos lembrar que a decepção entre as expectativas iniciais (treinamento visando a participação em um campeonato) e os resultados finais (não participar do campeonato por não ter como ir) causam frustrações nos atletas que podem levá-los ao abandono (GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ; VIVES BENEDICTO, 2002).

Além de transporte para competir, muitos atletas têm dificuldade no transporte para treinamento, sendo este um fator relevante para o abandono na opinião dos atletas (importante para 27,16% e decisivo para 20,98% dos atletas). Moreira et al. (2007) cita que a maioria das pessoas com alguma deficiência não possui condução própria e que nem sempre o transporte público está adaptado às necessidades dos deficientes.

Moreira et al (2007), em pesquisa realizada mostra que 22,72% dos atletas abandonariam a modalidade pelo receio de se machucar, Samulski e Noce (2002), mostram que problemas com lesão ou saúde é importante para a desistência de 19% dos atletas e decisivo para 39,7%. Na presente pesquisa, este item foi considerado importante para o abandono esportivo por 33,33% e decisivo por 27,16% dos atletas. Estes resultados mostram a grande preocupação do atleta em interromper a carreira por conta de lesões ou problemas de saúde. Conforme descrito anteriormente (p. 45), os problemas com saúde e lesões podem levar os atletas ao fim da carreira, acarretando, algumas vezes, em problemas psicológicos e emocionais que podem limitar a escolha de uma nova carreira esportiva.

Tantas dificuldades, em alguns momentos, podem causar no atleta a falta de prazer pela prática esportiva, e não a toa este foi o item com maior percentual de respostas decisivas para o abandono esportivo (34,56%). De acordo com Garcés de

Los Fayos Ruiz e Vives Benedicto (2002), se o desportista percebe que a prática esportiva ao qual está inserido não lhe recompensa pessoalmente e não satisfaz as necessidades originais buscadas no esporte, é fácil que haja o aborrecimento com a atividade que podem conduzir o atleta ao burnout. A monotonia percebida é outro aspecto destacável nestes esportistas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito deste estudo foi verificar quais são as principais dificuldades encontradas pelos atletas da Associação dos Deficientes Físicos do Paraná (ADFP) e do Clube Esportivo dos Deficientes (CEDE) para treinar e competir, além dos fatores psicológicos, sociais e estruturais que os levariam ao abandono do esporte. Com base nos resultados, verificamos que os fatores de maior relevância para o abandono são estruturais, e que estes, no momento, são dificuldades encontradas por estes atletas. Estas dificuldades, dependendo do modo como o atleta responde a elas, podem gerar insatisfação e estresse excessivo levando ao esgotamento do atleta e conseqüentemente ao abandono esportivo. O excesso de dificuldades, também pode gerar a falta de prazer pela prática, fator considerado decisivo para a desistência esportiva de grande parte dos atletas.

Porém, de quem é a culpa pela falta de estrutura do paradesporto?

Será do governo que, apesar da criação do programa bolsa-atleta, privilegia somente os atletas que obtêm boas colocações nos principais campeonatos?

Será das empresas que não investem no paradesporto?

Será da mídia que não mostra e conseqüentemente não atrai o interesse das empresas em patrocinarem e investirem?

Será das entidades representativas que, nem mesmo os atletas sabem quem são?

Fica a dúvida para futuros estudos.

REFERÊNCIAS

AACD - Associação de Assistência à Criança Deficiente. **Acidente com arma de fogo ainda é a 1ª causa de lesão medular.** Disponível em: http://www.aacd.org.br/voce_imprensa.asp?sublink2=12&conteudo_id=575.

Acesso em: 28 Abr. 2007.

ABDA - Associação Brasileira de Desportos Para Amputados. **Filiados.** Disponível em: <http://www.abda.org.br/filiados.htm>. Acesso em: 20 mai. 2007

ABRADECAR - Associação Brasileira de Desportos em Cadeira de Rodas. **Modalidades.** Disponível em: <http://www.abradecar.org.br>. Acesso em: 13 mai. 2007.

ABRADECAR - Associação Brasileira de Desportos em Cadeira de Rodas. **A historia do esporte paraolímpico.** Disponível em: <http://www.abradecar.org.br/abrad/histor.php>. Acesso em: 20 mai. 2007.

ABRADECAR - Associação Brasileira de Desportos em Cadeira de Rodas. **A ABRADECAR e o desporto paraolímpico.** Disponível em: <http://www.abradecar.org.br/abrad/entid2.php>. Acesso em: 17 ago. 2007.

ABRADECAR - Associação Brasileira de Desportos em Cadeira de Rodas. **Filiados.** Disponível em: <http://www.abradecar.org.br/filiad/clubes.php>. Acesso em: 17 ago. 2007.

ADD – Associação Desportiva para Deficientes. **A história do Esporte Adaptado no Mundo e no Brasil.** Disponível em: <http://www.add.org.br//index.asp?Fuseaction=Conteudo&ParentID=98> . Acesso em: 13 mai. 2006.

ADD – Associação Desportiva para Deficientes. **História das Paraolimpíadas.** Disponível em: <http://www.add.org.br/index.asp?Fuseaction=Conteudo&ParentID=134&Menu=98&Materia=52>. Acesso em: 13 mai. 2006.

ADD – Associação Desportiva para Deficientes. **Água Viva – Vela para Deficientes Físicos.** Disponível em: <http://www.add.org.br/index.asp?Fuseaction=Conteudo&ParentID=132&Menu=93&Materia=360#03>. Acesso em: 25 jul. 2007

ALMEIDA, Patrícia Alves de; TONELLO, Maria Georgina Marques. Benefícios da natação para alunos com lesão medular. **Educación Física y Deportes.** Buenos Aires, Ano 11, nº 106, p. irreg. Mar. 2007. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd106/beneficios-da-natacao-para-alunos-com-lesao-medular.htm>. Acesso em: 17 mar. 2007.

ANDE - Associação Nacional de Desporto para Excepcionais. **Modalidades**. Disponível em: <http://www.ande.org.br/modalidades.php>. Acesso em: 15 abr. 2006.

ANDE - Associação Nacional de Desporto para Excepcionais. **Principal**. Disponível em: <http://www.ande.org.br/index.php>. Acesso em: 16 ago. 2007.

ANDE - Associação Nacional de Desporto para Excepcionais. **Clubes filiados**. Disponível em: <http://www.ande.org.br/clubes.php>. Acesso em: 16 ago. 2007.

ANDRADE, Marília dos Santos; FLEURY, Anna Maria; SILVA, Antônio Carlos da. Força muscular isocinética de jogadores de futebol da seleção paraolímpica brasileira de portadores de paralisia cerebral. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Niterói, v.11, n. 5, p. 281-285, Set./Out. 2005.

ARAÚJO, Alexandra Pruber de Q.C.; LANGER, Ana Lúcia; LEITÃO, Ana Valéria Neves de Araújo; ALBUQUERQUE, Andréa Bezerra de; PIMENTEL, Márcia Mattos Gonçalves; SILVA, Raquel Tavares Boy da.;OURICURY, Regina Lúcia Rocha. **Cartilha sobre distrofia muscular**. 2. ed., Associação Carioca dos Portadores de Distrofia Muscular, Rio de Janeiro, prefeitura, 2006, 44p.

ARUIN, Alexander S. Esporte pós-amputação. In: ZATSIORSKI, Vladimir M. **Biomecânica no esporte - performance do desempenho e prevenção de lesão**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2004. p. 501- 511.

BARAÚNA, Mário Antônio; DUARTE, Fabrício; SANCHEZ, Hugo Machado; CANTO, Roberto Sérgio de Tavares; MALUSÁ, Silvana ; CAMPELO-SILVA, Cristiano Diniz; VENTURA-SILVA, Ruiz Ângelo. Avaliação do equilíbrio estático em indivíduos amputados de membros inferiores através da biofotogrametria computadorizada. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v.10, n. 1, p. 83-90, 2006.

BRANDÃO, Maria Regina Ferreira; AKEL, Maria Christina; ANDRADE, Samuel do Amaral; GUISELINI, Maria Aparecida Nery; MARTINI, Luis de Andrade; NASTÁS, Marisa Agresta. Causas e conseqüências da transição de carreira esportiva: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. Brasília, v. 8, n. 1, p. 49 – 58, jan. 2000.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. **Acessibilidade**. Brasília: Secretaria Especial dos direitos humanos, 2005. 60p.

BRAZUNA, Melissa Rodrigues; MAUERBERG-DeCASTRO, Eliane. A Trajetória do Atleta Portador de Deficiência Física no Esporte Adaptado de Rendimento. Uma Revisão da Literatura. **Motriz**. Rio Claro, v. 7, n. 2, p. 115-123, Jul-Dez 2001.

BRICKS, Lucia Ferro. Poliomielite: Situação epidemiológica e dificuldades para a erradicação global. **Pediatria (São Paulo)**. V.19, nº1, p 24-37, 1997.

CAMPEÃO, Márcia da Silva. **Proposta de ensino de bocha para pessoas com paralisia cerebral**. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas. Campinas – SP 2002. 132 p.

CARMO, Apolônio Abadio do. **Deficiência Física: A Sociedade Brasileira Cria, “Recupera” e Discrimina**. 1989. 243 f. Tese (Doutorado em Educação - Metodologia do Ensino). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de educação, Campinas, 1989.

CHIMINAZZO, João Guilherme Cren; MONTAGNER, Paulo César. Treinamento esportivo e burnout: reflexões teóricas. **Educación Física y Deportes**. Buenos Aires, Ano 10, n. 78, p. irreg., nov. de 2004. Disponível em: www.efdeportes.com/efd78/burnout.htm. Acesso em: 20 mar. 2007.

CIDADE, Ruth Eugênia Amarante; FREITAS, Patrícia Silvestre de. **Introdução à Educação Física e ao Desporto para Pessoas Portadoras de Deficiência**. Curitiba: UFPR, 2002, 124p.

COSTA, Alberto Martins da; SANTOS; Sílvio Soares dos. Participação do Brasil nos Jogos Paraolímpicos de Sydney: apresentação e análise. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Vol. 8, n. 3, p. 70-76, mai-jun, 2002.

CPB – Comitê Paraolímpico Brasileiro. **Movimento paraolímpico**. Disponível em <http://www.cpb.org.br/movimento/movimento.asp>. Acesso em: 26 dez. 2006.

CPB – Comitê Paraolímpico Brasileiro. **Paraolimpíadas**. Disponível em <http://www.cpb.org.br/paraolimpiada/integra.asp> . Acesso em: 05 jan. 2007.

CPB – Comitê Paraolímpico Brasileiro. **Modalidades**. Disponível em: <http://www.cpb.org.br/modalidades/modalidades.asp>. Acesso em: 17 mai. 2007.

CPB – Comitê Paraolímpico Brasileiro. **Conheça o CPB**. Disponível em <http://www.cpb.org.br/conhecacpb/integra.asp>. Acesso em: 17 mai. 2007.

CUNHA, Cristiane de Jesus da; FONTANA, Tiago; GARCIAS, Gilberto de Lima; MARTINO-ROTH, Maria da Graça. Fatores genéticos e ambientais associados a espinha bífida. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 27, n. 5, p. 268-274, 2005.

DE GARAY, Juan Corcuera González. Intervención de la Educación Física en personas con parálisis cerebral. **Educación Física y Deportes**. Buenos Aires, Ano 11, n. 103, p. irreg., dez. 2006. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd103/paralisis-cerebral.htm>. Acesso em: 19 mai. 2007.

DIAS, Eliane Pedra; CASTRO, Leonardo Silveira de; BOA HORA, Sibelle Nogueira da. Incidência de malformações congênitas em necrópsias infantis realizadas no

Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP). **Pediatria (São Paulo)**. v.19, n. 3, p. 177-182, 1997.

DÍAZ, Juan Carlos Muñoz; HERRERA, María Ángeles Antón. Las discapacidades físicas. Integración en Educación Física. . **Educación Física y Deportes**. Buenos Aires. Ano 11, n 98, p. irreg., Jul. 2006. Disponível em: www.efdeportes.com/efd98/discap.htm. Acesso em: 19 mai. 2007.

DISTROFIA Muscular Progressiva. **Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação**. Disponível em: http://www.sarah.br/paginas/doencas/po/p_11_distrof_musc_progres.htm. Acesso em: 07 abr. 2007.

FIGUEIREDO, Tatiane Hilgemberg; GUERRA, Márcio de Oliveira. Olimpíadas e Paraolimpíadas_ Uma correlação com a mídia. In: **Congresso brasileiro de ciências da comunicação**, 28., 2005. Rio de Janeiro. Anais... São Paulo: Intercom, 2005. p. irreg. Disponível em: <http://reposcom.portcom.intercom.org.br/handle/1904/17223>. Acesso em: 01 mai. 2007

GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ, Enrique J., VIVES BENEDICTO, Laura. Variables motivacionales y emocionales implicadas en el síndrome de burnoud en el contexto deprotivo. **Revista electrónica de Motivación y Emoción**. Castellón, v. 5, n. 11-12, p. irreg., 2002. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=308198&orden=2407&info=link>. Acesso em: 10 set. 2007.

GIANINI, Priscila Elisa Siqueira; CHAMLIAN, Therezinha Rosane; ARAKAKI, Juliano Coelho. Dor no ombro em pacientes com lesão medular. **Acta Ortopédica Brasileira**. São Paulo, n. 1, v.14, p. 44- 47, 2006.

GORGATTI, Márcia Greguol; BÖHME, Maria Tereza Silveira. Autenticidade científica de um teste de agilidade para indivíduos em cadeira de rodas. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v.17, n. 1, p. 41-50, Jan./Jun. 2003.

GORLA, José Irineu. ARAÚJO, Paulo Ferreira de. CARMINATO, Ricardo Alexandre. Análise das variáveis motoras em atletas de basquetebol em cadeiras de rodas. **Educación Física y Deportes**. Buenos Aires, Ano 10, n. 83, p. irreg., Abr. 2005. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd83/cadeiras.htm>. Acesso em: 15 abr. 2007.

HANSEL, Luiz Gustavo; NEUENFELDT, Derli Juliano A trajetória esportiva de dois ex-atletas iniciados precocemente na modalidade de basquetebol: da iniciação ao abandono. **Educación Física y Deportes**. Buenos Aires, Ano12, n. 108, Mai. 2007. Disponível em: www.efdeportes.com/efd108/basquetebol-da-iniciacao-ao-abandono.htm. Acesso em: 13 mai. 2007.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. **Pessoas Portadoras de Deficiência**. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/20122002censo.sht>. Acesso em: 12 Abr. 2007.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. **Deficiência**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/08052002tabulacao.shtm> Acesso em: 12 Abr. 2007.

IPC – International Paralympic Committee. **Classification**. Disponível em: http://www.paralympic.org/release/Main_Sections_Menu/Classification/. Acesso em: 27 mai. 2007.

IPC – International Paralympic Committee. **Paralympic Games**. Disponível em: http://www.paralympic.org/release/Main_Sections_Menu/Paralympic_Games/. Acesso em: 18 jul. 2007.

IPC – International Paralympic Committee. **History of Sport for Persons with a Disability**. Disponível em: http://www.paralympic.org/release/Main_Sections_Menu/IPC/About_the_IPC/History_of_Sport_for_Persons_with_a_Disability/. Acesso em: 18 jul. 2007.

IPC – International Paralympic Committee. **Summer sports**. Disponível em: http://www.paralympic.org/release/Summer_Sports/ Acesso em: 27 jul. 2007.

ITANI, Daniela Eiko; ARAÚJO, Paulo Ferreira de; ALMEIDA, José Julio Gavião de. Esporte adaptado construído a partir das possibilidades: handebol adaptado. **Educación Física y Deportes**. Buenos Aires, Ano 10, n. 72, p. irreg., mai. 2004. Disponível em: www.efdeportes.com/efd72/handebol.htm. Acesso em: 20 fev. 2007.

KEHDI, Paulo. Muito mais que um tubarão. **Sentidos**. São Paulo, ano 6, n. 32, p. 14-17, dez. 2005/ jan. 2006.

LESÃO Medular. **Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação**. Disponível em: http://www.sarah.br/paginas/doencas/po/p_08_lesao_medular.htm. Acesso em: 07 Abr. 2007.

LIMA, Sonia Maria Toyoshima; OLIVEIRA, Amauri Aparecido Bássoli de NAKADA, Karenn Patrícia;. Bocha Adaptado: fatores motivacionais na deficiência física. **Educación Física y Deportes**. Buenos Aires, Ano 11, n. 95, p. irreg., Abr. 2006. Disponível em: www.efdeportes.com/efd95/bocha.htm. Acesso em: 29 mai. 2006.

MATTOS, Elisabeth de. Pessoa portadora de deficiência física (motora) e as atividades físicas, esportivas, recreativas e de lazer. In **Educação física e esporte para pessoas portadoras de deficiência**. MEC – SEDES, SESI - DN, Brasília. p.75-85. 1994.

MELO, Ana Cláudia Raposo; LÓPEZ, Ramón F. Alonso. O Esporte Adaptado. **Educación Física y Deportes**. Buenos Aires, Ano 8, n. 51, p. irreg., Ago. 2002. Disponível em: www.efdeportes.com/efd51/esporte.htm. Acesso em: 18 mar. 2006.

MELO, Egmar Longo Araújo de; VALDÉS, Maria Teresa Moreno; PINTO, Juliana Maria de Sousa. Qualidade de vida de crianças e adolescentes com distrofia muscular de Duchenne. **Pediatria (São Paulo)**. V. 27, nº1, p. 28-37, 2005.

Ministério do esporte. **Bolsa atleta**. Disponível em: http://portal.esporte.gov.br/snear/bolsa_atleta/default.jsp. Acesso em: 04 nov. 2007.

MONTANARI, Patrícia Martins. Jovens e deficiência: comportamento e corpos desviantes. In BRASIL. **Cadernos juventude, saúde, desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, 1999. p. 97-108.

MOREIRA, Wellington Costa; RABELO, Ricardo José; PAULA, Alexandre Henriques de; COTTA, Daniella Oliveira. Fatores que influenciam a adesão de deficientes motores e deficientes visuais a pratica desportiva. **Educación Física y Deportes**. Buenos Aires, Ano 11, n. 104, p. irreg., Jan. de 2007. Disponível em: www.efdeportes.com/efd104/deficientes-motores-visuais.htm. Acesso em: 16 jan. 2007.

MOURA E CASTRO, José Alberto. Desporto para Deficientes - problemas contemporâneos. In BARBANTI, Valdir J.; AMADIO, Alberto C.; BENTO, Jorge O.; MARQUES, António T. **Esporte e Atividade Física. Interação entre rendimento e saúde**. 1. ed. Barueri: Manole, 2002. p. 199 -214.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes**. Resolução aprovada pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas em 09 de Dezembro de 1975. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec_def.pdf . Acesso em: 03 mar. 2007.

PAIM, Maria Cristina Chimelo. Voleibol, que fatores motivacionais levam a sua prática?. **Educación Física y Deportes**. Buenos Aires, Ano 9, n. 61, p. irreg., Jun. de 2003. Disponível em: www.efdeportes.com/efd61/volei.htm. Acesso em: 9 jul. 2007.

PARALISIA Cerebral. **Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação**. Disponível em: http://www.sarah.br/paginas/doencas/po/p_01_paralisia_cerebral.htm. Acesso em: 05 Abr. 2007.

PEREIRA, Ana L.; SILVA, M. Adília; PEREIRA, Olga. O valor do atleta com deficiência. Estudo centrado na análise de um periódico português. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**. Porto, v.6, n.1, p. 65 – 77, jan. 2006.

PIRES, Daniel Alvarez; BRANDÃO, Maria Regina Ferreira; MACHADO, Afonso Antônio. A síndrome de Burnout no esporte. **Motriz**. Rio Claro, v.11, n.3, p.147-153, set./dez. 2005

POTRICH, Aldo Carlitos. Educação Física e Desporto para a pessoa portadora de deficiência, In BAGATINI, Vilson. **Educação Física para Deficientes**. Porto Alegre: Sagra, 1987, p.231-239.

RESENDE, Marineia Crosara de; NERI, Anita Liberalesso. Atitudes de adultos com deficiência física frente ao idoso, à velhice pessoal e a pessoas com deficiência física. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v 22, n. 2, p.123-131, Abr-jun. 2005.

SAMULSKI, Dietmar Martin. **Psicologia do Esporte: Manual para a Educação Física, Psicologia e Fisioterapia**. São Paulo, Manole, 2002. 380p.

SAMULSKI, Dietmar; NOCE, Franco. Avaliação psicológica do esporte. In MELLO, Marco Túlio de. **Paraolimpiadas, Sidney 2000: avaliação e prescrição do treinamento**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 99-133.

SÃO PAULO (estado) Secretaria da Educação. Coordenadoria de estudos e normas pedagógicas. **A Educação do Deficiente Físico**. São Paulo: SE/CENP, 1987. 47 p.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão. Construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro: WVA, 5. ed, 2003. 176p.

SILVA, Maurício Corte Real da, OLIVEIRA, Ricardo Jacó de e CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. Efeitos da natação sobre a independência funcional de pacientes com lesão medular. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 11, n. 4, p. 251-256, jul/ago, 2005.

SOUZA, Pedro Américo de. **O esporte na paraplegia e tetraplegia**. Rio de Janeiro, Guanabara koogan, 1994. 93p.

SOUZA, Regina Célia Turolla de; CIASCA, Silvia Maria; MOURA-RIBEIRO, Maria Valeriana Leme de; ZANARDI, Verônica de Araújo. Hemiparetic cerebral palsy: clinical data compared with neuroimaging. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 10, n. 2, p. 157-162, 2006.

STRAPASSON, Juliana Beatriz Ferst; Fatores psicossociais que dificultam treinamento e competição de atletas de bocha adaptada. **Educación Física y Deportes**. Buenos Aires, Ano 12, n. 107, p. irreg., Abr. de 2007. Disponível em: www.efdeportes.com/efd107/atletas-de-bocha-adaptada.htm

UCP - United Cerebral Palsy. **Cerebral Palsy - Facts & Figures**. Disponível em: http://www.ucp.org/ucp_generaldoc.cfm/1/9/37/37-37/447. Acesso em: 14 abr. 2007.

VITAL, Roberto; LEITÃO, Marcelo Bichels; MELLO, Marco Túlio de; TUFIK, Sergio. Avaliação clínica dos atletas Paraolímpicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Niterói, vol 8, n. 3, p. 77 – 83, Mai/Jun. 2002.

WALBER, Vera Beatris; SILVA, Rosane Neves da. As práticas de cuidado e a questão da deficiência: integração ou inclusão?. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v 23, n.1, p. 29-37, jan-mar. 2006.

WEINBERG, Robert S.; GOULD, Daniel. **Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico**. Barcelona, Ariel psicología, 1996. 592p.

WERNER, David. **Guia de deficiências e reabilitação simplificada: para crianças e jovens portadores de deficiência, famílias, comunidades, técnicos de reabilitação e agentes de saúde**. Brasília: CORDE, 1994. 666p.

ANEXOS

Nome (opcional): _____
 Idade (opcional): _____ Sexo: F M
 Clube/ Associação (opcional) _____
 Deficiência física: _____ Cadeirante: SIM NÃO
 Esporte _____ Tempo de prática _____
 Experiência esportiva _____

Tabela 1: Dificuldades encontradas pelos atletas

	Não Dificulta	Dificulta Pouco	Dificulta	Dificulta Muito
Família				
Amigos				
Técnico				
Colégio				
Patrocínio				
Necessidade de trabalhar				
Condições de treino				
Falta de treino				
Excesso de treino				
Desmotivação				
Lesão/doenças				
Transporte (treino)				
Transporte (competição)				
Federação				
Fatores físicos				
Características pessoais				
Outro- Qual				

Família: refere-se a qualquer tipo de apoio recebido pela família;

Amigos: qualquer tipo de apoio recebido por tais;

Técnico: preparação e qualidade do técnico, relacionamento deste com os atletas, entre outros;

Colégio: horários, provas e compromissos relacionados;

Patrocínio: falta de patrocínio ou pouca ajuda de patrocinador;

Necessidade de trabalhar: necessidade financeira, horário de trabalho coincidente com horário de treinamento e/ou compromissos relacionados;

Condições de treino: qualidade dos materiais e do local de treinamento, assim como sua localização;

Falta de treino: pouco tempo diário e/ou semanal para treinamento;

Excesso de treino: carga excessiva de treinamento;

Desmotivação: fatores que impeçam a possibilidade e/ou desejo para a realização da atividade com satisfação;

Lesão e doenças: dores, lesões ou doenças que os impeçam de treinar e/ou competir;

Transporte (treino): condições ou possibilidades de transporte para ir ao local de treinamento;

Transporte (competição): condições do veículo e facilidade/dificuldade para consegui-lo e assim ser possível à participação em competições;

Federação: refere-se ao apoio ou falta de apoio recebido pela federação responsável pela modalidade.

Fatores físicos: grau / tipo da deficiência;

Características pessoais: características físicas ou psicológicas.

Tabela 2: Motivos que podem levar ao abandono do esporte

	Sem Importância	Pouca importância	Importante	Decisivo
Conflitos com familiares				
Falta de contatos sociais				
Conflitos com técnicos/ companheiros				
Necessidade de estudar/ compromissos relacionados				
Falta de patrocínio				
Necessidade de trabalhar				
Condições de treino				
Falta de treinamento				
Carga excessiva nos treinos				
Monotonia nos treinos				
Problemas com saúde / lesão				
Falta de prazer				
Falta de transporte para ir ao local de treinamento				
Dificuldade para obtenção de transporte para competição				
Falta de talento				
Pressão de vencer				
Falta de tempo para outras atividades				
Falta de sucesso (resultados)				
Outro- Qual _____				